Zorginstituut Nederland

> Retouradres Postbus 320, 1110 AH Diemen

Aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Postbus 20350
2500 EJ 'S-GRAVENHAGE

Zorginstituut Nederland
Pakket

Eekholt 4
1112 XH Diemen
Postbus 320
1110 AH Diemen
www.zorginstituutnederland.nl
info@zinl.nl

T +31 (0)20 797 89 59

Contactpersoon

0530.2014164247

Onze referentie
2014164247

Datum 22 december 2014
Betreft Toezending rapport De nieuwe DSM-5 gevolgen voor het pakket

Geachte mevrouw Schippers,

Zorginstituut Nederland heeft op 16 december 2014 het rapport 'De nieuwe DSM-5, gevolgen voor het pakket' vastgesteld.

Wij hebben de nieuwe classificaties in de DSM-5 en een aantal andere relevante wijzigingen beoordeeld en aangegeven wanneer behandeling onder de Zvw valt en onder welke te verzekeren prestaties. Op grond daarvan komen wij tot de conclusie dat de invoering van de DSM-5 in de behandelpraktijk geen grote gevolgen zal hebben in de zin van uitbreiding van het te verzekeren pakket.

Wij onderkennen de beperkingen die er zijn bij het relateren van de aanspraak op geneeskundige GGZ aan de DSM-classificatie. Echter, er is op dit moment geen betere manier om de aanspraakobjectie en consistent uit te leggen. Wij staan uitdrukkelijk open voor betere voorstellen vanuit de sector om de aanspraak te duiden.

Overigens verwachten wij dat de DSM-5 de behandelpraktijk beter ondersteunt dan de DSM-IV. Maar goede diagnostiek en een juiste indicatiestelling blijven een voorwaarde voor de juiste zorg, en dat is meer dan het classificeren van een stoornis.

Naar verwachting zal de DSM-5 in de behandelpraktijk geïmplementeerd worden in 2015 door middel van scholing door de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Onze voorkeur gaat uit naar de DSM-5 boven de ICD om de aanspraken GGZ te duiden omdat de DSM-5 meer gedetailleerd is dan de ICD.

Invoering in de bekostiging zal niet vóór 2016 kunnen plaatsvinden. Hier heeft de NZa het voortouw.

Hoogachtend,

Arnold Moerkamp
Voorzitter Raad van Bestuur

Zorginstituut Nederland

De nieuwe DSM-5 en de gevolgen voor de verzekering

Datum	16 december 2014
Status	Definitief

Colofon

Volgnummer	2014157675
Contactpersoon	mw. E.C.M. Visser +31 (0)20 797 87 75
Afdeling	Pakket
Auteurs	Marlies Kroes, Paul de Beurs, Paula Polman

Inhoud

Samenvatting

Zorginstituut Nederland bespreekt in dit rapport wat de gevolgen zijn van het nieuwe "Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen," aangeduid als de DSM-5, voor het collectief verzekerde pakket. De minister van VWS heeft hierom gevraagd.

De DSM is een classificatiesysteem van de professionele sector om psychische stoornissen te classificeren. Dat is nuttig om de psychische problematiek van een patiënt in kaart te brengen. Het is echter onvoldoende voor een goede behandeling. Daarvoor is het nodig dat persoonlijke diagnostiek plaatsvindt. Classificatie, diagnostiek en indicatie zijn drie verschillende zaken om tot een goede behandeling te kunnen komen. De classificatie van psychische stoornissen helpt daarbij, maar de diagnostiek en de indicatiestelling kunnen en mogen daartoe niet beperkt worden. Helaas zijn er signalen dat dit in de praktijk soms wel gebeurt. Wij verwachten wel dat de DSM-5 een bijdrage kan leveren aan het verbeteren van de behandelpraktijk omdat beroepsbeoefenaren de problematiek van de patiënt met de nieuwe structuur zoals beschreven in DSM-5 beter in beeld kunnen brengen. De Nederlandse vertaling van het volledige handboek (die ontbrak voor de DSM-IV) zorgt voor een betere toegankelijkheid ervan.

In Nederland gebruiken we de DSM classificaties bij de uitleg van de aanspraak op verzekerde GGZ zorg op grond van de Zorgverzekeringswet (Zvw) en bij de bekostiging van de GGZ op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg).

Betrokken partijen vinden het geen ideale situatie dat voor de afbakening van de aanspraken en de bekostiging ervan een beroep gedaan wordt op de DSM. Wij begrijpen deze kritiek, mar er is tot nu toe geen beter handvat om de aanspraken op geneeskundige GGZ consistent af te bakenen. Het is primair aan betrokken partijen om met voorstellen te komen voor een bij de diagnostiek aansluitend kader dat bruikbaar is voor de afbakening van de aanspraken op een consistente en toetsbare wijze. Dat kader dient uitgewerkt te worden in kwaliteitsstandaarden waarbij explicite aandacht besteed wordt aan de indicatiestelling. Zolang dat niet gerealiseerd is zullen wij ons wat betreft de afbakening van de verzekerde aanspraken blijven baseren op de DSM.

De nieuwe DSM-5 maakt geen onderscheid meer in aparte stoornissen voor kinderen en volwassenen. Omdat per 1-1-2015 de kinder- en jeugdpsychiatrie geen onderdeel meer uitmaakt van de geneeskundige GGZ (G-GGZ) heeft dit rapport alleen betrekking op de zorg voor volwassenen.

<u>DSM-5 en basispakket Zvw</u>
In antwoord op de vraag wat de invoering van de DSM-5 zal betekenen voor de inhoud en omvang van het basispakket Zvw komen we tot de volgende conclusies:

Eerdere afbakening vanuit GGZ rapport deel 2 blijft van kracht
In het GGZ rapport deel 2 hebben we van de volgende psychische problemen aangegeven dat de behandeling daarvan geen te verzekeren geneeskundige Zvw zorg is. Deze uitleg blijft onder de DSM-5 onverkort van toepassing.

Geen te verzekeren zorg

- Personen komen ook vaak met psychosociale klachten bij de huisarts. *Psychosociale hulp* bestaat vooral uit praktische en sociaal maatschappelijke interventies. Deze liggen niet op het terrein van geneeskundige zorg, maar op dat van het algemeen maatschappelijk werk. De huisarts kan hiernaar verwijzen, voor zover beschikbaar.
- Bij *werkgerelateerde klachten* kan de werkgever een verantwoordelijkheid hebben. De minister heeft de hulp bij werk en relatieproblemen per 2013 wettelijk uitgesloten.
- Bij *leerstoornissen* heeft de school een verantwoordelijkheid.
- De huisarts kan de hulpvrager ook wijzen op diverse mogelijkheden om zelf oplossingen te zoeken voor psychosociale problemen, problemen met werk en relaties bijvoorbeeld *zelfhulpprogramma's, al dan niet via internet, of het regionale aanbod van cursussen, bijvoorbeeld mindfulness*. Dergelijke oplossingen vallen buiten het verzekerde pakket.
- *Collectieve preventie, selectieve preventie en maatschappelijke ondersteuning* op het gebied van de psychische gezondheid vallen onder de gemeenten op grond van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) of van de Wet publieke gezondheid.

Van de volgende stoornissen hebben we in het GGZ rapport deel 2 aangegeven dat de behandeling daarvan geen te verzekeren geneeskundige GGZ[1] (hierna ook G-GGZ) is. Deze uitleg blijft onder de DSM-5 onverkort van toepassing.

Geen te verzekeren Geneeskundige GGZ

- Specifieke enkelvoudige fobieën, echter wel verzekerd via huisartsenzorg.
- Seksuele stoornissen (met uitzondering van a) parafiele stoornissen en b) genderidentiteitsstoornissen). Behandeling van seksuele stoornissen zijn echter wel verzekerd via huisartsenzorg of medisch specialistische zorg;.
- Slaapstoornissen, echter wel verzekerd via huisartsenzorg of medisch specialistische zorg.
- Aanpassingsstoornissen, wettelijk uitgesloten per 2012.

Afbakening voor "nieuwe"classificaties uit de DSM-5 komt erbij

De DSM-5 bevat een aantal nieuwe classificaties. Wij hebben geduid in hoeverre de behandeling van deze nieuwe classificaties tot de te verzekeren zorg behoort.

Alleen huisartsenzorg

Behandeling van de volgende classificaties valt alleen onder huisartsenzorg.

- sociale (pragmatische) communicatiestoornis ("persisterend moeite hebben met het sociale gebruik van verbale en non-verbale communicatie" is een te globaal criterium)
- disruptieve stemmingsdisregulatiestoornis (is alleen van toepassing op kinderen en jeugdigen)
- verzamelstoornis, tenzij voldaan wordt aan bepaalde criteria die de ernst van de problematiek weergeven (specificatie excessief verwerven en gering of ontbrekend realiteitsbesef/ waanovertuigingen);
- excoriatiestoornis, tenzij voldaan wordt aan bepaalde criteria die de ernst van de problematiek weergeven (ernstige lichamelijke complicaties);
- eetbuistoornis, tenzij voldaan wordt aan bepaalde criteria die de ernst van de problematiek weergeven (specificatie matig, ernstig of zeer ernstig).
- cafeïneonttrekkingssyndroom

[1] Geneeskundige GGZ zorg (G-ggz) is:

- Zorg zoals klinisch psychologen plegen te bieden
- Zorg zoals medisch specialisten (psychiaters) plegen te bieden

- beperkte cognitieve stoornis
- "andere gespecificeerde … stoornis, met uitzondering van de "andere gespecificeerde schizofreniespectrumstoornis en andere psychotische stoornissen

Alleen huisartsenzorg en/of medisch specialistische zorg
Behandeling van de volgende classificaties valt alleen onder de huisartsenzorg of medisch specialistische zorg. Behandeling van deze stoornissen in de G-GGZ valt dus niet onder de verzekerde aanspraak.
- premenstruele stemmingsstoornis
- remslaapgedragsstoornissen
- rustelozebenensyndroom

Psychische factoren die een somatische aandoening beïnvloeden, zijn geen psychische stoornissen volgens de DSM-5. De aandacht hiervoor maakt onderdeel uit van de zorg zoals huisartsen en (somatisch) medisch specialisten die plegen te bieden.

Comorbiditeit somatiek en psychiatrie
Hoewel soma en psyche niet te scheiden zijn, staat bij de volgende classificaties staat de somatiek op de voorgrond. De diagnostiek en behandeling vanuit de geneeskundige GGZ zal daarom bij voorkeur moeten plaatsvinden bij de psychiatrische afdelingen van algemene of academische ziekenhuizen tenzij op andere wijze de integrale behandeling goed is geborgd. Het gaat dan om:
- neurocognitieve stoornissen als gevolg van Parkinson, Huntington en HIV-infectie
- stoornissen als gevolg van bijwerkingen van de somatische medicatie

Andere gespecificeerde …stoornis geen G-GGZ m.u.v. schizofrenie
Uiteindelijk zijn wij tot de conclusie gekomen dat de andere gespecificeerde …stoornis geen te verzekeren geneeskundige GGZ is met uitzondering van de classificatie 'andere gespecificeerde schizofreniespectrum- of andere psychotische stoornis'. Bij deze classificatie is het evident dat zo snel mogelijk een beroep gedaan moet kunnen worden op geneeskundige GGZ.

Alleen tijdelijk gebruik van "ongespecificeerde stoornissen"
Bij "ongespecificeerde stoornissen" is er sprake van dat de clinicus nog onvoldoende informatie heeft om de stoornis te kunnen classificeren. Deze classificatie is geen eindclassificatie en behandeling kan tijdelijk vergoed worden, bijvoorbeeld in acute situaties.

Wel te verzekeren geneeskundige GGZ
De volgende 'nieuwe' classificaties:
- ernstige verzamelstoornis,
- ernstige excoriatiestoornis
- matige, ernstige en zeer ernstige eetbuistoornis
- andere gespecificeerde schizofreniespectrum- of psychotische stoornis

Het gaat hier naar onze verwachting om nieuwe classificaties die niet leiden tot een wezenlijke uitbreiding van de aanspraak geneeskundige GGZ. In de praktijk krijgen mensen met deze nieuwe classificatie veelal ook nu al zorg onder een andere classificatie in de DSM-IV. Daar waar de behandeling van de nieuwe classificaties valt onder de huisartsenzorg of medisch specialistische zorg worden ook deze cliënten daar nu al gezien en indien nodig behandeld. Dit betekent dat

de gevolgen van de invoering van de DSM-5 voor de te verzekeren Zvw zorg beperkt zijn.

DSM-5 of ICD-10

In antwoord op de vraag welk classificatiesysteem van ziekten de voorkeur verdient voor de uitleg van de aanspraken: de ICD-10 of de DSM-5 komen we tot de volgende conclusies:

DSM-5 het meest geschikte classificatiesysteem

De DSM-5 is gedetailleerder (mede doordat er meer mogelijkheden zijn om te specificeren) dan de ICD-10/11. Voor de uitleg van de aanspraak op geneeskundige GGZ biedt de DSM-5 meer houvast dan de ICD-10. De ICD is nu te globaal. De ICD 11 zal naar verwachting beter aansluiten op de DSM-5. Echter er is nog te veel onzekerheid over de datum van verschijnen, om hierop te wachten.

Wij onderkennen de beschreven risico's van de koppeling van een DSM classificatie aan de aanspraak en de bekostiging van geneeskundige GGZ. Een classificatie is iets anders dan een diagnose en een behandelplan en is bedoeld voor het gebruik binnen de professionele ervaring van de hulpverleners. Zorgbehoefte moet leidend zijn en niet een classificatie. Tegelijkertijd concluderen wij dat er geen door partijen gedragen instrument voorhanden is waarin we de zorgbehoefte op het gebied van psychische problemen met een voldoende mate van objectiviteit en consistentie kunnen vaststellen.

Daarom adviseert het Zorginstituut de minister om de DSM ook in de nabije toekomst te blijven gebruiken bij de uitleg van de aanspraken op GGZ zolang er geen beter manier is om de aanspraken op consistente en toetsbare wijze uit te leggen.

De implementatie van de DSM-5 in de uitvoeringspraktijk van de Zvw zal niet vóór 2016 kunnen geschieden.

1 Inleiding

1.1 Verzoek VWS

De DSM-IV TR met de bijbehorende richtlijnen is sinds de overheveling van de GGZ vanuit de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet, de basis voor de uitleg van de aanspraak verzekerde geneeskundige GGZ en voor de bekostiging[2]. In 2013 is in de Verenigde Staten de nieuwe DSM-5 verschenen. De Nederlandse vertaling is sinds voorjaar 2014 beschikbaar.

In de samenleving en bij de minister zijn er zorgen over de gevolgen van de invoering van de nieuwe DSM voor het pakket. Aanvankelijk, nog voordat de DSM-5 in de Verenigde Staten op de markt zou komen, leek het erop dat het aantal classificaties in de DSM enorm zou uitbreiden. Bij de uiteindelijke verschijning in mei 2013 bleek dit niet het geval te zijn. Maar er zijn nog steeds opvattingen dat de veranderingen in de DSM tot stand zijn gekomen onder druk van de farmaceutische industrie of vanwege het belang van andere partijen bij de vergoeding van zorg. De samenleving is nog steeds bezorgd dat de nieuwe DSM-5 zal leiden tot medicalisering van het dagelijks leven en tot een uitbreiding van de te verzekeren zorg.
Bij brief van 18 juli 2012 (kenmerk Z-3113425) heeft de minister van VWS het toenmalige CVZ, de rechtsvoorganger van Zorginstituut Nederland, onder meer verzocht te onderzoeken wat de nieuwe DSM betekent voor het collectief verzekerde pakket (bijlage 1).

In het rapport “Geneeskundige GGZ, deel 2” dat in juli 2013 is uitgebracht aan de minister, hebben wij toegezegd in 2014 te rapporteren over de gevolgen van de nieuwe DSM-5 voor het verzekerde pakket. In de brief van 30 september 2013 (kenmerk 154224-110833-Z) heeft VWS de Tweede Kamer geïnformeerd over onder andere zijn reactie op ons Rapport Geneeskundige GGZ deel 2 en ingestemd met onze planning van het onderzoek naar de gevolgen van de DSM-5. Voor de volledigheid treft u de pagina’s 6 tot en met 10 van die brief aan in bijlage 2.

1.2 Welke vragen beantwoorden wij in dit rapport?

In dit rapport beantwoorden wij de volgende vragen.

- Wat zal de invoering van de DSM-5 betekenen voor de inhoud en omvang van het van het basispakket Zvw?
- Welk classificatiesysteem van ziekten verdient de voorkeur voor de uitleg van de aanspraken: de ICD-10 of de DSM-5.

Dit rapport sluit aan bij ons Rapport Geneeskundige GGZ deel 2 waarin wij hebben uitgelegd

- wanneer mensen met psychische problemen aanspraak hebben op zorg uit de Zvw;
- of het dan gaat om huisartsenzorg, geneeskundige GGZ of medisch specialistische zorg;
- wanneer deze zorg tot het gemeentelijk domein kan behoren, of voor eigen rekening komt.

[2] CVZ Rapport Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg, deel 2, hoofdstuk 2.4. Diemen, 2013.

1.3 Aanpak

Om de vraag over de gevolgen van de invoering van de DSM-5 te beantwoorden zijn wij als volgt te werk gegaan.

Nadat de nieuwe DSM is Nederland verschenen, heeft de NVvP mei 2014 een voorlichtingsbijeenkomst georganiseerd waaraan wij hebben deelgenomen. In vervolg daarop heeft de NVvP ons een overzicht gestuurd van alle veranderingen in de DSM-5 ten opzichte van de DSM-IV TR (bijlage 3). Het overzicht is opgesteld door Prof. dr. M.W. Hengeveld. Hij heeft de supervisie gehad over de vertaling van de DSM-5. Daarnaast hebben wij een eigen analyse gemaakt op grond waarvan wij een aantal relevante wijzigingen voor het basispakket hebben geïdentificeerd.

Over de veranderingen heeft op 12 mei 2014 een eerste verkennend overleg plaatsgevonden met de NVvP, het NIP, het NHG en het Landelijk Platform GGZ. In augustus hebben wij bilateraal met de genoemde organisaties verder gesproken en op 4 september 2014 hebben wij een bijeenkomst georganiseerd voor alle bij de GGZ betrokken organisaties.
Tijdens de bijeenkomst van 4 september 2014 hebben wij onze bevindingen en visie over de wijzigingen, de nieuwe stoornissen en de mogelijke gevolgen voor de verzekering met partijen gedeeld. Over het algemeen was er draagvlak voor onze bevindingen en de gevolgen daarvan voor de te verzekeren zorg.

Om de tweede vraag over de ICD of DSM te kunnen beantwoorden hebben we in ons onderzoek naar de gevolgen van de invoering van de DSM ook aandacht besteed aan de ICD coderingen.

In de laatste fase hebben wij het conceptrapport met enkele gerichte consultatie-vragen aan partijen voorgelegd. De uitkomsten van deze ronde hebben wij beoordeeld en hebben geleid tot verduidelijkingen en aanpassingen in het rapport.

1.4 Leeswijzer

Voor het beantwoorden van de vraag wat de invoering van de DSM-5 voor de inhoud en omvang van het te verzekeren pakket Zvw zal betekenen, komen de volgende onderwerpen aan bod:

1. Hoe bepalen wij of zorg bij psychische problemen onder de Zvw valt of niet en zo ja, onder welk onderdeel van de aanspraken: huisartsenzorg, geneeskundige GGZ (G-GGZ) of overige (somatische) medisch specialistische zorg? Hierbij komt tevens aan de orde waarom we de DSM hierbij gebruiken. Dit is een samenvatting van wat in het rapport GGZ-2 staat, waarbij we ook stilstaan bij de pakketwijzigingen die per 2015 hun beslag zullen krijgen. Zie hoofdstuk 2.
2. Welke relevante veranderingen zijn er in de DSM-5 ten opzichte van de DSM-IV TR voor de uitleg van de aanspraken en hoe beoordelen wij deze veranderingen? We gaan daarbij in op de generieke wijzigingen en op de nieuwe stoornissen. Zie hoofdstuk 3.
3. Voor het beantwoorden van de vraag welk classificatiesysteem de voorkeur heeft voor de uitleg van de aanspraken, gaan we in hoofdstuk 4 in op de DSM en de ICD en wat de verschillen zijn. Ook komt aan de orde welke kritiek er is op het hanteren van de DSM voor de aanspraak op geneeskundige GGZ en voor de bekostiging.
4. De reacties van partijen en waar dit toe geleid heeft zijn samengevat in hoofdstuk 5.
5. In hoofdstuk 6 volgen tot slot onze conclusies en ons advies.
6. In hoofdstuk 7 staat de maatschappelijke afweging van de Adviescommissie Pakket en het besluit van de Raad van Bestuur.

2 Hulp bij psychische problemen: wat valt onder de basisverzekering?

In dit hoofdstuk zetten we uiteen hoe we bepalen of zorg bij psychische problemen onder de Zvw valt, en onder welk onderdeel van de aanspraken: huisartsenzorg, medisch specialistische zorg of geneeskundige GGZ (G-GGZ). De geneeskundige GGZ betreft de zorg die bekostigd wordt via de generalistische basis GGZ en gespecialiseerde GGZ, en waar de huisarts/POH-GGZ naar kan doorverwijzen. Hier komt tevens aan de orde waarom we de DSM voor de uitleg en afbakening gebruiken. We baseren ons op wat wij hierover hebben gezegd in ons Rapport Geneeskundige GGZ deel 2 maar zullen ook stilstaan bij de pakketwijzigingen die per 2015 hun beslag zullen krijgen.

2.1 Hoe beoordelen wij of zorg bij psychische problemen onder de Zvw valt?

2.1.1 Wettelijk kader

Een essentiële voorwaarde voor het eenduidig uitvoeren van de Zorgverzekeringswet (Zvw) is dat duidelijk is wat wel en wat niet tot de te verzekeren zorg behoort. De basis voor het pakket berust op de Zvw en de uitleg hiervan. Het toenmalige CVZ (de rechtsvoorganger van Zorginstituut Nederland) heeft hiertoe een beoordelingskader uitgewerkt, dat als zodanig door het parlement is aanvaard[3].

Voor de vraag of zorg bij psychische problemen onder de Zvw valt zijn kort samengevat de volgende bepalingen van belang:

- Wat de zorg inhoudt, wordt bepaald door het domein van de Zvw. Uit de considerans van de Zvw blijkt dat de wet specifiek bedoeld is voor compensatie van de gevolgen van de behoefte aan geneeskundige zorg. Artikel 10 onder a en c Zvw bepaalt dan ook dat het te verzekeren risico de behoefte aan geneeskundige zorg is.
- Artikel 11, derde lid, Zvw, geeft aan dat bij algemene maatregel van bestuur de inhoud en omvang van de te verzekeren prestaties nader kunnen worden geregeld. Deze algemene maatregel van bestuur vindt zijn uitwerking in het Besluit zorgverzekering (Bzv).
- Artikel 2.4 Bzv luidt: Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, klinisch-psychologen, medisch-specialisten en verloskundigen .... etc die plegen te bieden.[4]
- De verzekerde heeft slechts recht op een zorgvorm voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
- En verder geeft de wet aan dat de inhoud en omvang mede wordt bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Er moet dus sprake zijn van effectieve zorg.

2.1.2 Domein Zvw

De zorgverzekering is bedoeld voor zorg door ziekte en niet voor hulp bij problemen waarbij nog geen sprake is van een ziekte. Dat onderscheid is principieel, maar in de praktijk problematisch dan wel op zijn minst kunstmatig, zeker bij psychische problematiek. Uiteindelijk zijn we erop uit gekomen dat om aanspraak te kunnen maken op geneeskundige GGZ, er sprake moet zijn van een psychische stoornis.

---

[3] CVZ, Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk. Diemen, 2007. www.zinl.nl

[4] Deze wettelijke formulering slaat op het domein van de Zvw en laat onverlet dat er een veelheid aan GGZ-professionals werkzaam is die deze zorg leveren.

Voor de beantwoording van de vraag of er sprake is van een psychische stoornis, kijken wij nu naar de DSM-IV TR omdat dit handboek het overzicht is van alle geclassificeerde psychische stoornissen. Maar, het feit dat een stoornis in de DSM-IV TR is beschreven, betekent niet dat de behandeling van deze stoornis per definitie is aan te merken als te verzekeren geneeskundige GGZ, maar dat de behandeling wel onder de Zvw zorg kan vallen. Sommige zorg bij in de DSM opgenomen stoornissen valt onder de huisartsenzorg of de medisch specialistische zorg[5] of is uitgesloten door de minister. Dit laatste is in 2012 gebeurd met de behandeling van de aanpassingsstoornissen.

In de voorwaarde dat er sprake moet zijn van een psychische stoornis om aanspraak te kunnen maken op behandeling van de geneeskundige GGZ ten laste van de Zvw zit ook een verbinding met het pakketcriterium 'noodzakelijkheid'. Bij noodzakelijkheid kijken wij naar de ziektelast van de aandoening en of deze voor eigen rekening kan komen. Ernstige psychische stoornissen kennen een hoge ziektelast en kunnen meestal niet voor eigen rekening komen. Dit is vaak het geval als de huisarts doorverwijst voor een behandeling van een psychische stoornis.

2.1.3 Stand van wetenschap en praktijk

De zorg die geboden wordt moet voldoen aan het criterium stand van wetenschap en praktijk. Het moet gaan om effectieve zorg, waar iemand redelijkerwijs op is aangewezen. Zorgaanbieders zijn gehouden om effectieve zorg aan te bieden en verzekeraars zijn gehouden om alleen die zorg te vergoeden die effectief is. Zorgaanbieders maken richtlijnen en kwaliteitsstandaarden in samenwerking met cliëntenorganisaties waarin zij omschrijven wat goede diagnostiek en behandeling is. Wanneer er twijfels zijn over de effectiviteit van een behandeling, kan het Zorginstituut een beoordeling uitvoeren. Dat doet het Zorginstituut risicogericht. Hierbij wegen wij het risico's dat niet effectieve zorg geleverd en vergoed wordt, of het risico dat effectieve zorg niet geleverd en vergoed wordt.

Het is niet zo dat, als er geen richtlijn is, de zorg niet effectief is en niet vergoed kan worden. Er is veel effectieve zorg die niet omschreven is in richtlijnen of zorgstandaarden. Andersom is ook niet waar. Als er een richtlijn of een kwaliteitsstandaard is, betekent dit niet per definitie dat de zorg onder de basisverzekering valt. Bij twijfel kan het Zorginstituut altijd een beoordeling uitvoeren.

Het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz begeleidt projecten die gericht zijn op de ontwikkeling van zorgstandaarden en generieke modules gericht op het omschrijven van wat goede zorg is.

2.2 Wie levert welke zorg tegen welk tarief?

De aanspraken op GGZ zijn gebaseerd op de Zvw, de financiering is echter gebaseerd op de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). De aansluiting tussen deze twee wetten is niet ideaal. Het gevolg is dat de verzekerde GGZ aanspraken uit de Zvw vanuit verschillende financiële kaders worden verleend. Onderstaand maken we onderscheid in de volgende kaders. Het huisartsenkader, het geneeskundige GGZ kader en het kader medisch-specialistische zorg.

---

[5] De aanspraken zijn:
geneeskundige zorg zoals huisartsen die plegen te bieden;
geneeskundige zorg zoals (somatisch) medisch specialisten die plegen te bieden;
geneeskundige zorg zoals klinisch psychologen die plegen te bieden (zie ook voetnoot 3).
Met de aanspraak op geneeskundige GGZ duiden we de zorg zoals psychiaters en klinisch psychologen die plegen te bieden.

Zvw, aanspraak	**Wmg, bekostiging**
Huisartsenzorg: Geneeskundige zorg zoals huisartsen die plegen te bieden	Prestatiebeschrijving Huisartsenzorg Huisartsentarifering en POH GGZ tarifering
Geneeskundige GGZ: a) Zorg zoals klinisch psychologen die plegen te bieden b) Zorg zoals medisch specialisten (psychiaters) die plegen te bieden	a) Prestatiebeschrijving generalistische Basis GGZ (4 tarieven) b) Prestatiebeschrijving Gespecialiseerde GGZ (DBC-systematiek)
Medisch specialistische zorg: Zorg zoals (somatisch) medisch specialisten die plegen te bieden	DBC/DOT systematiek

2.2.1 Huisartsenkader

2.2.1.1 De aanspraak

Op basis van de Zvw valt de hulp op het gebied van psychische klachten, zonder dat sprake is van een psychische stoornis, in beginsel alleen onder huisartsenzorg. Bij (vermoeden van) een psychische stoornis kan de huisarts de patiënt naar de geneeskundige GGZ verwijzen of zelf behandelen. De huisarts heeft de mogelijkheid om een psychiater, psychotherapeut of klinisch psycholoog te consulteren.[6] De huisarts werkt probleem- en situatiegericht op basis van de NHG-standaarden.

2.2.1.2 De bekostiging

De prestatiebeschrijving huisartsenzorg en POH GGZ zorg op basis van de Wmg regelt welke tariefstructuur gehanteerd wordt.

2.2.2 Geneeskundige GGZ-kader

2.2.2.1 De aanspraak

De G-GGZ bestaat uit diagnostiek, behandeling, verblijf en zo nodig begeleiding als onderdeel van een integrale behandeling. De (hoofd)behandelaar is voor deze zorg verantwoordelijk. Begeleiding valt onder de geneeskundige zorg voor zover deze is opgenomen in het behandelplan, en de hoofdbehandelaar de begeleiding aanstuurt en terugkoppeling hiervan krijgt. Zo niet, dan valt deze begeleiding tot 2015 onder de AWBZ gefinancierde zorg.

2.2.2.2 De bekostiging

De prestatiebeschrijving op grond van de Wmg kent voor deze aanspraak twee prestatieomschrijvingen: de Generalistische Basis GGZ en de Gespecialiseerde GGZ en de bijbehorende bekostigingssystematieken.

2.2.3 Medisch specialistisch zorg kader

2.2.3.1 De aanspraak

Bij de behandeling van gezondheidsproblemen is integrale zorg (psyche en lichaam) op zijn plaats, waardoor er meer dan een beroepsgroep betrokken kan zijn. Sommige stoornissen in de DSM behandelen wij indien nodig in de somatisch medisch specialistische zorg, bijvoorbeeld bepaalde neurologische problemen. Bij andere stoornissen geschiedt de behandeling vanuit de geneeskundige GGZ, maar is

[6] Voorhangbrief POH-GGZ en Generalistische Basis GGZ 17 mei 2013

de verbinding met de medisch specialistische zorg van groot belang. Daarom pleiten wij ervoor om een aantal stoornissen bij voorkeur in de psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis te behandelen. Over dementie hebben we in Rapport GGZ deel 2 al opgemerkt dat dit geen ziekte is die uniek in de GGZ thuishoort, echter een goed georganiseerde dementieketen kan ook niet zonder. De G-GGZ (ambulant en klinisch) heeft een rol bij de diagnostiek en behandeling. Dit laatste vooral als er sprake is van psychiatrische comorbiditeit en bijvoorbeeld probleemgedrag. Een ketenaanpak kan ook bij andere psychiatrische stoornissen aan de orde zijn.

2.2.3.2 De bekostiging

De prestatiebeschrijving op grond van de Wmg kent voor deze aanspraak het DBC/DOT systeem.

2.3 Eerdere afbakening verzekerde geneeskundige GGZ

In het GGZ rapport deel 2 hebben we van de volgende psychische problemen aangegeven dat dit geen te verzekeren geneeskundige Zvw zorg is.

Geen te verzekeren Zvw-zorg

- Personen komen ook vaak met psychosociale klachten bij de huisarts. *Psychosociale hulp* bestaat vooral uit praktische en sociaal maatschappelijke interventies. Deze liggen niet op het terrein van geneeskundige zorg, maar op dat van het algemeen maatschappelijk werk. De huisarts kan hiernaar verwijzen, voor zover beschikbaar.
- Bij *werkgerelateerde klachten* kan de werkgever een verantwoordelijkheid hebben. De minister heeft hulp bij werk en relatieproblemen per 2013 wettelijk uitgesloten.
- Bij *leerstoornissen* heeft de school een verantwoordelijkheid.
- De huisarts kan de hulpvrager ook wijzen op diverse mogelijkheden om zelf oplossingen te zoeken voor psychosociale problemen, problemen met werk en relaties, bijvoorbeeld *zelfhulpprogramma's, al dan niet via internet, of het regionale aanbod van cursussen, bijvoorbeeld mindfulness*. Dergelijke oplossingen vallen buiten het verzekerde pakket.
- *Collectieve preventie, selectieve preventie en maatschappelijke ondersteuning* op het vlak van de psychische gezondheid vallen onder de gemeenten op grond van de Wmo of van de Wet publieke gezondheid.

Van de volgende stoornissen hebben we in het Rapport G-GGZ deel 2 aangegeven dat deze geen te verzekeren geneeskundige GGZ zijn. Deze uitleg blijft onder de DSM-5 onverkort van toepassing.

Geen te verzekeren geneeskundige GGZ

- Specifieke enkelvoudige fobieën, echter wel verzekerd via huisartsenzorg;
- Seksuele stoornissen (met uitzondering van a) parafiele stoornissen, b) genderidentiteitsstoornissen), echter wel verzekerd via huisartsenzorg of medisch specialistische zorg;
- Slaapstoornissen, maar wel verzekerd via huisartsenzorg of medisch specialistische zorg;
- Aanpassingsstoornissen, wettelijk uitgesloten.

2.4 Pakketwijzigingen per 2015

Per 1 januari 2015 worden op het gebied van de GGZ een aantal veranderingen van kracht.

2.4.1 Geneeskundige GGZ voor jeugdigen onder 18 jaar

De geneeskundige GGZ voor jeugdigen valt nu nog grotendeels onder de

Zorgverzekeringswet. De aandoeningen die behandeld worden in de jeugd-G-GGZ zijn zeer divers, en de behandelingen kunnen sterk variëren in duur. Sommige aandoeningen vragen om nauwe samenwerking met het onderwijs of somatische artsen.
In 2015 wordt de G-GGZ voor jeugdigen onder de 18 jaar vanuit Zvw overgeheveld naar de gemeentelijke financiering op grond van de Jeugdwet. In het nieuwe jeugdstelsel valt alle jeugdhulp onder één wet, de Jeugdwet. De verantwoordelijkheid voor onder meer de G-GGZ voor jeugdigen komt bij gemeenten te liggen. Zij gaan onder andere sturen op kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van deze vorm van jeugdhulp.

2.4.2 *Intramurale G-GGZ*

Als een cliënt vanwege een medische noodzaak voor geneeskundige GGZ langer dan een jaar in een ggz-instelling verblijft, valt deze zorg nu als "voortgezet verblijf" onder de AWBZ.
Per 1 januari 2015 treedt de Wet langdurige zorg (Wlz) in werking treedt. Deze wet is de opvolger van de huidige Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). De Wlz is bedoeld voor kwetsbare ouderen en mensen met een beperking die blijvend 24 uur per dag zorg in de nabijheid en/of permanent toezicht nodig hebben. Zij zijn niet langer in staat om met ondersteuning van hun sociaal netwerk, gemeente of met verpleging en verzorging aan huis zelfstandig thuis te kunnen wonen. Het gaat bijvoorbeeld om kwetsbare ouderen en mensen met een lichamelijke, verstandelijke of zintuiglijke handicap.

Ook mensen met een psychische stoornis kunnen toegang krijgen tot de Wlz. Cliënten die op 31 december 2014 in een instelling verblijven en een zzp GGZ B hebben, stromen per 1 januari 2015 automatisch door naar de Wlz. Voor cliënten die op 31 december 2014 korter dan een jaar via de Zvw zijn opgenomen en voor nieuwe cliënten geldt dat het verblijf in verband met geneeskundige GGZ gedurende 3 jaar onder de Zvw blijft vallen. Als na deze drie jaar verblijf nog steeds nodig is, krijgt de cliënt een indicatie voor de Wlz met een maximale geldigheid van 3 jaar.

2.4.3 *Extramurale begeleiding en beschermd wonen*

Langdurige extramurale begeleiding en beschermd wonen (verblijf) vallen nu onder de AWBZ.
Met ingang van 1 januari 2015 valt de langdurige extramurale begeleiding en het (beschermd) wonen voor mensen met psychische stoornissen, zowel voor bestaande als nieuwe cliënten, onder de Wmo 2015. Voor bestaande cliënten met een AWBZ-indicatie voor beschermd wonen (zzp GGZC) geldt een overgangsregeling, die inhoudt dat deze cliënten onder de Wmo nog maximaal 5 jaar - afhankelijk van hun indicatie - recht houden op de *zorg* zoals die in hun AWBZ-indicatie staat.
Een cliënt met begeleiding en beschermd wonen vanuit de Wmo 2015 kan, indien nodig, daarnaast ambulante GGZ-behandeling krijgen vanuit de Zvw.

Overigens bestaat het voornemen om vanaf 2016 cliënten met een psychische stoornis waarvan duidelijk is dat zij een blijvende behoefte hebben aan permanent toezicht of 24-uurszorg in de nabijheid (of zij nu zijn aangewezen op medisch noodzakelijk verblijf in verband met geneeskundige GGZ of op beschermd wonen) direct toegang te geven tot de Wlz. Om te kunnen bepalen welke cliënten dit zijn, moeten echter nog criteria worden ontwikkeld.

3 Wijziging in aanspraken ten gevolge van DSM-5

In dit hoofdstuk gaan we in op de veranderingen in de DSM-5 ten opzichte van de DSM-IV TR die relevant zijn voor de uitleg van de aanspraken. Ook beoordelen we deze veranderingen. We gaan daarbij in op de generieke wijzigingen en op de nieuwe stoornissen.

3.1 Algemeen

Bij de DSM-5 wordt voor het eerst gebruik gemaakt van de Arabische cijferaanduiding in plaats van de Romeinse cijferaanduiding bij de DSM-IV TR. De achterliggende reden is dat in de toekomst nieuwe aanpassingen van de DSM sneller kunnen worden aangegeven als DSM-5.1, DSM-5.2 etc.

De DSM-5 bestaat uit drie delen. Deel I omvat een duidelijke uitleg over de begrippen en gebruik van de DSM-5. In deel II worden in 22 hoofdstukken de verschillende classificaties van de stoornissen beschreven en in deel III diverse meetinstrumenten waaronder de WHO-DAS, de culturele formuleringen en de aandoeningen die verder onderzoek vereisen voordat zij in bijv. de DSM-5.1 kunnen worden toegelaten.

De DSM-5 kent een gehele andere structuur dan de DSM-IV TR. In de DSM-IV TR werd bij het classificeren gebruik gemaakt een categorale indeling met behulp van vijf assen voor het in beeld brengen van het syndroom (as I), de persoonlijkheid (as II), de somatiek (as III), de psychosociale problemen (as IV) en het globale niveau van functioneren (as V). In de DSM-5 is het multiaxiale systeem verlaten en hanteert men een model dat uitgebreider getoetst is in "field trials ". Alle genoemde aspecten worden in de DSM-5 als comorbide classificaties genoteerd. Dit maakt het voor beroepsbeoefenaren mogelijk de problematiek goed in beeld te brengen. Deze benadering past in de lijn van de ICD systematiek en heeft mede geleid tot een andere hoofdstukindeling in de DSM-5 die ook in lijn is met de ICD.

De hoofdstukken in de DSM-5 zijn zoveel mogelijk ingedeeld naar de ontwikkeling: stoornissen die zich doorgaans eerder in het leven manifesteren komen eerder aan de beurt dan stoornissen die zich doorgaans later manifesteren.

De stoornissen die doorgaans in de kindertijd of de jeugd beginnen, staan niet meer in een apart hoofdstuk zoals bij de DSM-IV TR (afgezien van de neurobiologische ontwikkelings-stoornissen), maar zijn verplaatst naar de hoofdstukken waar ze inhoudelijk in passen.

3.2 Wat zijn de belangrijkste inhoudelijke veranderingen?

De belangrijkste veranderingen zijn als volgt samen te vatten:

- In het nieuwe handboek is een aantal nieuwe classificaties opgenomen (zie verder paragraaf 3.3).
- Daarnaast zijn er ook classificaties verdwenen, een voorbeeld is de 'gedeelde psychose'.
- Er zijn classificaties verplaatst, bv de separatieangststoornis is verplaatst naar angststoornissen.
- Er zijn classificaties opgesplitst, bijvoorbeeld hypochondrie is gesplitst in somatisch-symptoomstoornis en ziekteangststoornis.

- Ook zijn er classificaties samengevoegd. Een voorbeeld hiervan is de stoornis van Asperger die met andere stoornissen is samengevoegd tot de autismespectrum-stoornis.
- Tot slot zijn er classificaties die een geheel nieuwe naam hebben gekregen. De dysthyme stoornis uit de DSM-IV TR wordt nu in de DSM-5 genoemd: persisterende depressieve stoornis.

Het totaal aantal classificaties in de DSM-5 is overigens minder dan het aantal stoornissen in de DSM-IV TR.

Verder zijn er de volgende meer generieke veranderingen van belang:
- De classificaties in de DSM-5 zijn vaak gedetailleerder en voorzien van meer specificaties dan in de DSM-IV TR en de ICD-10. In de DSM-5 is het mogelijk zogenaamde 'subtypen[7]' en 'specificaties[8]' te classificeren. In de DSM-IV TR bestond deze mogelijkheid tot detaillering veel minder.
- De aspecifieke verzamelterm NAO (Niet Anders Omschreven) als categorie bij diverse stoornissen in de DSM-IV TR is in de DSM-5 vervangen door "Andere gespecificeerde …….stoornis" en "Ongespecificeerde …..stoornis". Bij de classificatie "Andere gespecificeerde …….stoornis" gaat het om de situatie waarin de clinicus ervoor kiest de specifieke reden te noteren waarom het beeld niet voldoet aan de criteria voor een specifieke stoornis en bij de classificatie "Ongespecificeerde …..stoornis gaat het om de situatie waarin de diagnostiek wordt uitgesteld omdat er informatie ontbreekt. In paragraaf 3.5.1 gaan we in op de gevolgen van classificatie "Andere gespecificeerde stoornis " voor de verzekering. In paragraaf 3.5.2 gaan we in op de gevolgen van "Ongespecificeerde stoornis"
- In de DSM-5 worden beperkingen vastgesteld met behulp van de WHO-DAS 2.0. De WHO-DAS is een door de WHO ontwikkelde schaal voor functionele beperkingen die gebruikt kan worden bij somatische en psychiatrische patiënten. De WHO-DAS vervangt de GAF-score van de DSM-IV TR.

De DSM-5 kent de volgende hoofdstukken:
1. Neurobiologische ontwikkelingsstoornissen
2. Schizofreniespectrum en andere psychotische stoornissen
3. Bipolaire stemmingsstoornissen
4. Depressieve stemmingsstoornissen
5. Angststoornissen
6. Obsessieve-compulsieve en verwante stoornissen
7. Trauma- en stress gerelateerde stoornissen
8. Dissociatieve stoornissen
9. Somatisch-symptoomstoornis en verwante stoornissen
10. Voedings-en eetstoornissen
11. Stoornissen in de zindelijkheid
12. Slaap-waakstoornissen
13. Seksuele disfuncties
14. Genderdysforie
15. Disruptieve impulsbeheersings- en andere gedragsstoornissen

[7] Subtypen zijn onverenigbare en elkaar uitsluitende subgroepen binnen een classificatie en worden in de criteriasets aangeduid met de formulering "Specificeer of".

[8] Specificaties zijn niet bedoeld als onverenigbaar en elkaar uitsluitend en dus is meer dan één specificatie mogelijk. Specificaties worden in de criteriaset voorafgegaan door de aanduiding "Specificeer" of 'Specificeer indien".

16. Middelgerelateerde en verslavingsstoornissen
17. Neurocognitieve stoornissen
18. Persoonlijkheidsstoornissen
19. Parafiele stoornissen
20. Overige psychische stoornissen
21. Bewegingsstoornissen en andere bijwerkingen van medicatie
22. Andere problemen die een reden voor zorg kunnen zijn.

3.3 Medicalisering door introductie DSM-5?

Bij de introductie van de nieuwe DSM-5 bestond de vrees dat er een medicalisering zou plaatsvinden van het dagelijks leven. Naast inhoudelijke bezwaren zou dat ook gevolgen kunnen hebben voor het kostenbeslag van de geneeskundige GGZ.

Bovenstaande analyse laat zien dat er weliswaar veranderingen hebben plaatsgevonden, maar dat die veranderingen eerder hebben gezorgd voor minder stoornissen en een betere detaillering door het introduceren van subtypen en specificaties. Er zijn weliswaar enkele nieuwe classificaties van stoornissen op de grens tussen "wat hoort bij het dagelijks leven?" en wat is een stoornis. Maar de beter gedetailleerde onderbouwing van de classificaties geeft meer houvast om een grens te kunnen trekken om te bepalen wanneer wij spreken van een stoornis waarvan de behandeling onder de geneeskundige GGZ kan vallen en wanneer er sprake is van een eventuele zorgvraag die past binnen een ander kader. Hieronder werken we dat verder uit. Overigens willen wij ook wijzen op de analyse die de gezondheidsraad heeft gemaakt over mogelijke medicalisering bij de stoornis ADHD. In dit rapport verlaat de Gezondheidsraad het begrip medicalisering en spreekt men over gepast gebruik van zorg bij deze psychische stoornis.[9]

3.4 Onderscheid diagnostiek, classificatie en behandeladvies

Zoals hiervoor al toegelicht is diagnostiek iets heel anders als het bepalen van een classificatie. Bij diagnostiek van psychische stoornissen vindt er uitgebreid contact plaats met de cliënt. Wat is de reden van contact, hoe benoemt de cliënt zijn klachten, hoe verwoorden familie en naasten de klachten, is er sprake van eerdere klachten, diagnoses en behandeling, is er sprake van intoxicaties (alcohol, drugs, medicatie), wat speelt een rol bij de klachten, is er sprake van ziekten in de familie, psychiatrisch onderzoek, onderzoek naar lichamelijke voorgeschiedenis en klachten, zonodig laboratoriumonderzoek of beeldvormend onderzoek, metingen via instrumenten voor diagnostiek en ernst van de klachten. Dit leidt tot een conclusie, een klinische diagnose en een samenvatting in de eigen bewoordingen van de psychiater of psycholoog, een diagnostische classificatie DSM, en overwegingen die verder van belang zijn voor de indicatie en behandeling. Er is sprake van een psychische stoornis als er sprake is van lijdensdruk, beperkingen én een classificatie op grond van de DSM.

Er bereiken ons helaas signalen dat in de praktijk de diagnostiek niet altijd op zorgvuldige wijze plaatsvindt. Deze zou te veel gericht zijn op het vaststellen van een classificatie en voorbij gaan aan de patiënt als persoon. Ook de LP-GGZ meldt dit in haar reactie op het concept van dit rapport.

De Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie heeft de richtlijn voor Psychiatrisch onderzoek bij volwassenen uit 2004 herzien. Deze monodisciplinaire conceptrichtlijn Psychiatrische diagnostiek is op 17 december 2014 ter becommentariëring voorgelegd aan betrokkenen. Wij hopen dat deze richtlijn kan bijdragen aan het

[9] Gezondheidsraad. Advies ADHD: medicatie en maatschappij. Den Haag, 2014.

verbeteren van de diagnostiek in de geneeskundige GGZ.

Het feit dat bij het bepalen of iemand aanspraak heeft op geneeskundige GGZ gebruik gemaakt wordt van de classificaties in de DSM is op zich geen reden om af te zien van goede diagnostiek voor de advisering over de behandeling.

3.5 Nieuwe classificaties; gevolgen voor de verzekering

In ons Rapport Geneeskundige GGZ deel 2 hebben wij alle “oude” classificaties uit de DSM-IV TR al beoordeeld. De inhoudelijke herordening van de DSM-IV stoornissen in het nieuwe handboek heeft geen invloed op die duidingen ook al heet de stoornis soms anders. Wat wij toen geduid hebben als geen te verzekeren geneeskundige GGZ blijft geen G-GGZ.
De “nieuwe” classificaties, die dus niet al in de DSM-IV TR voorkwamen, kunnen mogelijk wel gevolgen hebben voor het te verzekeren pakket.

Daarom zullen we hierna alleen de classificaties die nieuw in de DSM-5 staan beoordelen vanuit de optiek wat de gevolgen zijn voor de verzekering. We beschrijven 16 stoornissen. We beoordelen of de stoornis onder de inhoud en omvang van het verzekerde pakket valt, benoemen onder welke aanspraak[10] de zorg valt en geven aan wanneer er geen sprake is van geneeskundige GGZ.

[10] De genoemde Zvw aanspraken zijn:
geneeskundige zorg zoals huisartsen die plegen te bieden;
geneeskundige zorg zoals (somatisch) medisch specialisten die plegen te bieden;
geneeskundige zorg zoals klinisch psychologen die plegen te bieden (zie ook voetnoot 3).
Met de aanspraak op geneeskundige GGZ duiden we de zorg zoals psychiaters en klinisch psychologen die plegen te bieden.

Stoornis (hoofdstuk)	Beoordeling	Verzekerde geneeskundige zorg?	Wanneer geen G-GGZ
3.5.1 Sociale (pragmatische) communicatiestoornis (Hoofdstuk 1 : Neurobiologische ontwikkelings-stoornissen). Het belangrijkste kenmerk hierbij is de persisterende moeite met het sociale gebruik van verbale en non-verbale communicatie, die niet wordt veroorzaakt door autismespectrum-stoornis, ADHD, sociale angststoornis, verstandelijke beperkingen, geringe taalvaardigheid..	Wij vinden het criterium "persisterende *moeite hebben met het sociale gebruik van verbale en non-verbale communicatie" te globaal geformuleerd* om te kunnen spreken van te verzekeren geneeskundige GGZ. Overigens is in ons Rapport G-GGZ deel 2 de communicatiestoornis bij kinderen uitgesloten van aanspraak G-GGZ.	**Ja** Huisartsenzorg	De behandeling van psychische problemen, klachten en stoornissen van jeugdigen onder de 18 jaar, de jeugdzorg en andere vormen van jeugdhulp vallen vanaf 2015 onder de Jeugdwet Voor volwassenen: geen G-GGZ.
3.5.2 Disruptieve stemmingsdisregulatie-stoornis (Hoofdstuk 4: Depressieve-stemmingsstoornissen). Het belangrijkste kenmerk hierbij is de chronische, ernstige, aanhoudende prikkelbaarheid of boze stemming met frequente woede-uitbarstingen.	De stoornis is in het hoofdstuk van de depressieve stemmingsstoornissen opgenomen om te voorkomen dat iemand op (zeer jonge) kinderleeftijd het etiket bipolaire stoornis opgeplakt krijgt. Deze stoornis lijkt minder van toepassing in ons land. Omdat in de DSM-5 aangegeven wordt dat deze stoornis niet meer gesteld dient te worden na het 18e jaar valt deze stoornis niet binnen het kader voor de volwassen G-GGZ en dus buiten het bestek van dit rapport.	**Ja** Huisartsenzorg	De behandeling van psychische problemen, klachten en stoornissen van jeugdigen onder de 18 jaar, de jeugdzorg en andere vormen van jeugdhulp vallen vanaf 2015 onder de Jeugdwet Voor volwassenen is het van belang de diagnose en classificatie te evalueren. Geen G-GGZ

Stoornis (hoofdstuk)	Beoordeling	Verzekerde geneeskundige zorg?	Wanneer geen G-GGZ
3.5.3 Premenstruele stemmingsstoornis (Hoofdstuk 4: Depressieve-stemmingsstoornissen). De voornaamste kenmerken hiervan zijn uitingen van stemmingslabiliteit, prikkelbaarheid, somberheid en angstklachten die zich herhaaldelijk voordoen tijdens de premenstruele fase van de cyclus, en rond het begin van de menstruatie, of kort daarna, weer afnemen. Het verschil met het Premenstrueel syndroom (PMS) zou vooral gelegen zijn in het feit dat er bij het PMS geen sprake hoeft te zijn van affectieve symptomen.	Gezien het classificatiecriterium dat de depressieve klachten ontstaan vóór de menstruatie en weer verdwijnen ná de menstruatie is het evident dat de hormonale schommelingen een grote rol spelen bij deze stemmingsstoornis. De NVOG heeft een richtlijn Premenstrueel Syndroom (2012) ontwikkeld. Hierin wordt gebruik gemaakt van de Daily Record of Severity of Problems die ook wordt vermeldt bij de diagnostische markers voor de PMSS. Gezien de overlap in symptomen e diagnostiek tussen PMS en PMSS zijn wij van mening dat huisarts en gynaecoloog aan zet zijn bij de behandeling van deze stoornis. De huisarts kan uiteraard een GGZ-professional consulteren. Wij rekenen de behandeling van deze stemmingsstoornis niet tot de G-GGZ.	**Ja** Huisartsenzorg Som Med Spec zorg	Geen G-GGZ

Stoornis (hoofdstuk)	Beoordeling	Verzekerde geneeskundige zorg?	Wanneer geen G-GGZ
3.5.4 Verzamelstoornis (Hoofdstuk 6: Obsessieve-compulsieve en verwante stoornissen). Het voornaamste kenmerk is een *persisterende* moeite om bezittingen weg te doen of er afstand van te nemen, ongeacht de werkelijke waarde ervan. Daarnaast is er een sterke gevoelde behoefte om bepaalde voorwerpen te bewaren en bestaat er lijdensdruk om voorwerpen weg te doen. Hierdoor ontstaat er een grote hoeveelheid bezittingen die in de weg staan, woonruimtes nauwelijks bewoonbaar zijn en waarbij alleen derden voor opruiming kunnen (moeten) zorgen. In de DSM-5 zijn de volgende specificaties opgenomen: met excessief verwerven, met goed of redelijk/ gering of ontbrekend realiteitsbesef/ waanovertuigingen.	Wij rekenen de behandeling niet onder de Geneeskundige GGZ , tenzij sprake is van de specificaties - excessief verwerven - gering of ontbrekend realiteitsbesef/ waanovertuigingen. Cognitieve gedragstherapie is een effective behandeling bij obsessieve compulsieve stoornissen. Er is een zorgstandaard Angststoornissen in ontwikkeling waarin de obsessieve-compulsieve stoornis wordt meegenomen (2017) .	**Ja** Huisartsenzorg G GGZ als voldaan wordt aan de specificaties excessief verwerven en	Geen G-GGZ als er geen sprake is van excessief verwerven en gering of ontbrekend realiteitsbesef.

Stoornis (hoofdstuk)	Beoordeling	Verzekerde geneeskundige zorg?	Wanneer geen G-GGZ
3.5.5 Excoriatiestoornis (huidpulkstoornis) (Hoofdstuk 6: Obsessieve-compulsieve en verwante stoornissen). Het voornaamste kenmerk is het soms wel meerdere uren per dag recidiverend huidpulken, vooral in het gelaat en de armen en de handen, met huidlaesies tot gevolg met herhaaldelijke pogingen om het huidpulken te stoppen. Er ontbreken hierbij specificaties zodat er een grote variatie lijkt te bestaan. Maar wel duidelijk is dat deze classificatie niet wordt toegekend als het huidpulken grotendeels is toe te schrijven aan de intentie zichzelf schade toe te brengen.	Primair valt behandeling van deze stoornis onder de huisartsenzorg en medisch specialistische (huidartsen) zorg, ondersteund eventueel door de medisch-psychologische zorg in het algemene ziekenhuis. Bij ernstige lichamelijke complicaties kan G-GGZ aangewezen zijn. Cognitieve gedragstherapie ie een effective behandeling bij obsessieve compulsieve stoornissen. Er is een zorgstandaard Angststoornissen in ontwikkeling waarin de obsessieve-compulsieve stoornis wordt meegenomen (2017)	**Ja** Huisartsenzorg Som Medisch specialistische zorg als er sprake is van ernstige lichamelijke complicaties G-GGZ, als sprake is van ernstige lichamelijke complicaties	Geen G-GGZ bij huidpulken zonder lichamelijke complicaties.
3.5.6 Obsessieve-compulsieve of verwante stoornis door een middel/medicatie (Hoofdstuk 6). De voornaamste kenmerken zijn de prominente symptomen van een obsessieve-compulsieve of verwante stoornis (huidpulken, haar uitrekken of andere repetitieve handelingen) die zijn toe te schrijven aan een middel (bijv. drug) of aan medicatie. Wanneer het middel of behandeling is stopgezet, verminderen of verdwijnen de symptomen binnen enkele dagen of weken.	De behandeling van de obsessieve-compulsieve of verwante stoornis door een middel/medicatie valt onder de verzekerde zorg en kan onder alle drie de Zvw aanspraken vallen. Hierover was geen discussie in de consultatiebijeenkomst.	**Ja** Huisartsenzorg Som Medisch specialistische zorg G-GGZ	

Stoornis (hoofdstuk)	Beoordeling	Verzekerde geneeskundige zorg?	Wanneer geen G-GGZ
3.5.7 Obsessieve-compulsieve of verwante stoornis door een somatische aandoening (Hoofdstuk 6). De voornaamste kenmerken zijn significante symptomen van een obsessieve-compulsieve of verwante stoornis (huidpulken, haar uitrekken of andere repetitieve handelingen) als een direct pathofysiologisch gevolg van een relevante somatische aandoening. Het beloop is afhankelijk van het verloop van de somatische aandoening.	De behandeling van de obsessieve-compulsieve of verwante stoornis door een somatische aandoening valt primair onder de somatische zorg (huisartsenzorg en medisch specialistische zorg). We zijn van mening dat als er ook G-GGZ nodig is, de somatische zorg erbij betrokken moet blijven.	**Ja** Huisartsenzorg Som Medisch specialistische zorg G-GGZ	
3.5.8 Eetbuistoornis (Hoofdstuk 10, Voedings en eetstoornissen). Het hoofdkenmerk hiervan is de recidiverende eetbui-episoden die gedurende drie maanden gemiddeld minstens eenmaal per week plaatsvinden met het gevoel van geen beheersing te hebben over het eten tijdens de episode. Onder een 'eetbui-episode' wordt verstaan het meer eten in een bepaalde tijdsperiode dan normaal geacht wordt. Er zijn de volgende specificaties opgenomen: gedeeltelijk of volledig in remissie en een specificatie van de ernst in 4 gradaties: **Licht** (1 tot 3 eetbui-episoden per week); **Matig** (4 tot 7 eetbui-episoden per week); **Ernstig** (8 tot 13 eetbuien per week); **Zeer ernstig** (14 of meer eetbui-episoden per week).	De DSM-5 beschrijft de eetbui-stoornis gedetailleerd. De Richtlijn eetstoornissen (2006) is summier over eetbuien. Binnen de somatiek is veel aandacht voor "problemen met eten". De behandeling kan onder de verzekerde geneeskundige GGZ vallen mits voldaan wordt aan de specificatie matig, ernstig of zeer ernstig. De behandeling van obesitas valt niet onder de G-GGZ. Zorgstandaard eetstoornissen is in ontwikkeling (2017).	**Ja** Huisartsenzorg G-GGZ als sprake is van de specificatie matig, ernstig of zeer ernstig (zie voorgaande kolommen)	Geen G-GGZ als sprake is van de specificatie licht .

Stoornis (hoofdstuk)	Beoordeling	Verzekerde geneeskundige zorg?	Wanneer geen G-GGZ
3.5.9 Remslaapgedragsstoornis (Hoofdstuk 12, Slaap- en waakstoornissen). Het voornaamste kenmerk hiervan is de herhaalde arousal-episoden, vaak samenhangend met vocalisaties en/of complexe motorische gedragingen die vanuit de remslaap ontstaan. Polysomnografische bevindingen in het slaaplaboratorium zijn van belang voor het stellen van de diagnose.	De behandeling van de remslaapgedragsstoornis vindt primair plaats in de huisartsenzorg en de medisch specialistische zorg. Zie Huisartsenstandaard Slaapproblemen en Slaapmiddelen (2014).	**Ja** Huisartsenzorg Medisch specialistische zorg	Geen G-GGZ
3.5.10 Rustelozebenen syndroom (Hoofdstuk 12, Slaap- en waakstoornissen). Dit syndroom is een senso-motorische neurologische slaapstoornis die wordt gekenmerkt door een behoefte de armen en benen te bewegen, vaak gepaard gaande met onaangename sensaties (tintelen, jeuk, branden) aan de huid. Polysomnografische bevindingen in het slaaplaboratorium zijn van belang voor het stellen van de diagnose.	De behandeling van dit syndroom vindt primair plaats in de huisartsenzorg en de medisch specialistische zorg. Zie Huisartsenstandaard Slaapproblemen en Slaapmiddelen (2014).	**Ja** Huisartsenzorg Som Medisch specialistische zorg	Geen G-GGZ
3.5.11 Cafeïneonttrekkingssyndroom (Hoofdstuk 16, Middelgerelateerde stoornissen en verslavingen). Het hoofdkenmerk hierbij is een karakteristiek onttrekkingssyndroom (bijv. met hoofdpijn, prikkelbaarheid en moeite met concentreren) dat direct na het plotseling staken (of aanzienlijk verminderen) van een langdurig dagelijks cafeïnegebruik ontstaat.	De behandeling van dit syndroom vindt primair plaats in de huisartsenzorg en de medisch specialistische zorg. Zie Huisartsenstandaard Slaapproblemen en Slaapmiddelen (2014).	**Ja** Huisartsenzorg Medisch specialistische zorg	Geen G-GGZ

Stoornis (hoofdstuk)	Beoordeling	Verzekerde geneeskundige zorg?	Wanneer geen G-GGZ
3.5.12 Cannabisintoxicatie (Hoofdstuk 16, Middelgerelateerde stoornissen en verslavingen). Hierbij is het hoofdkenmerk de aanwezigheid van klinisch significante problematisch gedrags- of psychische veranderingen (bijv. gestoorde motorische coördinatie, euforie of angst) met daarbij klachten van bijv. droge mond en snelle hartactie. De specificatie 'met perceptie-stoornissen' kan vastgesteld worden als er bijv. sprake is hallucinaties bij een intacte realiteitszin.	De behandeling geschiedt door de huisarts, huisartsenpost (HAP), Spoedeisende Eerste Hulp (SEH) en verslavingszorg (G-GGZ)	**Ja** Huisartsenzorg Spoedeisende Eerste Hulp G-GGZ	
3.5.13 Cannabisonttrekkingssyndroom (Hoofdstuk 16, Middelgerelateerde stoornissen en verslavingen). Het hoofdkenmerk is hierbij een karakteristiek onttrekkingssyndroom (bijv. met boosheid/agressie, angst en sombere stemming) dat direct na het staken of de aanzienlijke vermindering van een langdurig en intensief gebruik van cannabis optreedt.	De behandeling geschiedt door de huisarts, huisartsenpost (HAP), Spoedeisende Eerste Hulp (SEH) en verslavingszorg (G-GGZ).	**Ja** Huisartsenzorg Spoedeisende Eerste Hulp G-GGZ	

Stoornis (hoofdstuk)	Beoordeling	Verzekerde geneeskundige zorg?	Wanneer geen G-GGZ
3.5.14 Beperkte neurocognitieve stoornissen (Hoofdstuk 17, Neurocognitieve stoornissen). In dit hoofdstuk wordt een spectrum van cognitieve en functionele beperkingen beschreven waarbij een onderscheid is gemaakt tussen *beperkte* en *uitgebreide* neurocognitieve stoornissen. Bij de beperkte neurocognitieve stoornissen bestaat het gevaar van onder en overrapportage en zijn beoordelingen van betrokkene zelf en objectieve aanwijzingen uit bijv. tests vereist.	Dit gaat veelal over ouderen die zich zorgen maken over hun geheugen. Behandeling geschiedt door huisarts (psycho-educatie). De huisarts kan de klinisch geriater, specialist ouderengeneeskunde, neuroloog of GGZ-professional consulteren mede afhankelijk van de ter plekke georganiseerde zorgketen. Het kan van belang zijn een eventuele depressieve stoornis als oorzaak van de geheugenproblemen uit te sluiten. Als er sprake is van een depressie kanG-GGZ aangewezen zijn. Zorgstandaard dementie is opgenomen in het Register van het Kwaliteitsinstituut.	**Ja** Huisartsenzorg Som Medisch specialistische zorg	Geen G-GGZ.
3.5.15 Uitgebreide neurocognitieve stoornissen. Deze komen overeen met de *Dementie* in de DSM IV. Hierbij zijn wel evidente onderliggende neuropathologie en vaak ook etiologie vast te stellen zoals 'met lewylichaampjes', door hiv infectie, door ziekte van Parkinson en door ziekte van Huntington.	Wordt bij voorkeur aangeboden vanuit de ketenaanpak (huisarts, medisch specialistische zorg, wijkverpleging, verpleeghuis en GGZ). G-GGZ is met name aan de orde om te bepalen of er sprake is van een psychische stoornis is en bij de behandeling van gedragsstoornissen. Zorgstandaard dementie is opgenomen in het Register van het Kwaliteitsinstituut.	**Ja** Huisartsenzorg Som Medisch specialistische zorg G-GGZ	

Stoornis (hoofdstuk)	Beoordeling	Verzekerde geneeskundige zorg?	Wanneer geen G-GGZ
3.5.16 Tardieve dystonie en Tardieve acathisie en Antidepressiva-discontinuerings-syndroom (Hoofdstuk 21, Bewegingsstoornissen en andere bijwerkingen van medicatie). Een tardief syndroom met andere typen bewegingsstoornissen, namelijk dystonie (stoornis in de spierspanning) en acathisie (niet stil kunnen zitten) dan bij de tardieve dyskinesie (bij deze laatste treden specifieke onwillekeurige bewegingen op in met name onderste deel van het gelaat, van de tong en de extremiteiten). Al deze bewegingsstoornissen kunnen optreden tijdens het gebruik van met name neuroleptica.	De bewegingsstoornissen zijn het gevolg van de behandeling die is ingezet door de huisartsen, of de medisch specialist of door de G-GGZ en dienen in dat verband behandeld te worden.	**Ja** Huisartsenzorg Som Medisch specialistische zorg G-GGZ	

3.6 Andere (generieke) veranderingen voor de verzekering

Behalve de hierboven beschreven "nieuwe" stoornissen, zijn er ook nog een aantal generieke veranderingen, die van belang zijn voor het afbakenen van de verzekeringsaanspraak.

- de "andere gespecificeerde" en "ongespecificeerde" stoornissen";
- het onderdeel "psychische factoren die somatische aandoening beïnvloeden";
- de classificatie "aanpassingsstoornissen" en
- het hoofdstuk "Andere problemen die een reden voor zorg kunnen zijn".

3.6.1 "Andere gespecificeerde stoornis"

In de DSM-5 staat aan het eind van bijna ieder hoofdstuk de "andere gespecificeerde …stoornis". Kijken we bijvoorbeeld naar hoofdstuk 5: "Angststoornissen", dan is er de "Andere gespecificeerde angststoornis". Bij de 'Andere gespecificeerde angststoornis" wordt niet voldaan aan alle classificatiecriteria om de diagnose angststoornis te stellen waarbij er wel sprake is van lijdensdruk en/of disfunctioneren. De classificatie wordt door de clinicus gebruikt in situaties waarin de clinicus ervoor kiest de specifieke reden te noteren waarom het beeld niet voldoet aan de criteria voor een specifieke angststoornis. Als voorbeeld bij de angststoornissen worden genoemd 1) aanvallen met beperkt aantal symptomen en 2) gegeneraliseerde angst die meer dagen niet dan wel aanwezig is.

Wij hebben erg geworsteld met de duiding van de classificatie "Andere gespecificeerde stoornis" in de DSM-5. Deze classificatie is opgenomen opdat de clinicus kan registreren indien niet volledig wordt voldaan aan de criteria van een stoornis. Deze classificatie kan er toe leiden dat al te gemakkelijk de behandeling in de generalistische basis GGZ of gespecialiseerde GGZ (geneeskundige GGZ) wordt gestart zonder dat er sprake is van een circumscripte stoornis.
Wij hebben in de conceptversie van dit rapport voorgesteld om het gebruik van deze classificatie tot een minimum te beperken, omdat de nieuwe DSM-5 gedetailleerder is dan de DSM-IV TR en meer mogelijkheden biedt om nauwkeurig te classificeren. Voorwaarde daarbij was dat dit gepaard diende te gaan met nadere uitleg in het dossier, zodat de zorgverzekeraar op een efficiënte wijze controle kon uitoefenen. Hoewel er steun was voor dit voorstel van GGZ-Nederland, hebben diverse beroepsgroepen in de GGZ aangegeven dat dit de privacy van cliënten zou schaden. Zorgverzekeraars stellen eveneens dat dit geen begaanbare weg is. Door aanspraak mogelijk te maken op geneeskundige GGZ zonder dat sprake is van een classificatie van een stoornis ondergraaf je de basis van de afbakening van de geneeskundige GGZ. Hoe zouden verzekeraars de nadere toelichting in het dossier moeten toetsen als hiervoor geen ijkpunt is.

Naar aanleiding van deze bezwaren zijn wij tot de conclusie gekomen om de 'andere gespecificeerde …stoornissen' niet als een te verzekeren geneeskundige GGZ aan te merken, met uitzondering van de andere gespecificeerde schizofreniespectrum- of andere psychotische stoornis. Het is onuitvoerbaar omdat het ijkpunt niet helder is, en er geen draagvlak is om verzekeraars inzicht te geven in de dossiers. Bij de andere gespecificeerde schizofreniespectrum- of andere psychotische stoornis moet zo snel mogelijk de juiste deskundigheid kunnen worden ingeschakeld, en dat kan geneeskundige GGZ zijn. Wij maken geen uitzondering voor de andere gespecificeerde persoonlijkheidsstoornis. Lijdensdruk en/of beperkingen, maar ook de algemene criteria voor de persoonlijkheidsstoornis bieden hier op dit moment onvoldoende houvast voor een heldere uitleg van de aanspraken. Hetzelfde geldt voor eetstoornissen.

Wij staan uitdrukkelijk open voor concrete voorstellen van partijen voor betere handvatten voor de afbakening van de aanspraak op geneeskundige GGZ in dit soort gevallen. Kwaliteitsstandaarden kunnen hierbij behulpzaam zijn. Dit geldt met name voor de persoonlijkheidsstoornissen en eetstoornissen.

3.6.2 *"Ongespecificeerde …..stoornis"*

In de DSM-5 staat aan het eind van bijna ieder hoofdstuk de "Ongespecificeerde ……stoornis". Kijken we naar hoofdstuk 5: Angststoornissen, dan is er de "Ongespecificeerde angststoornis".
De classificatie "Ongespecificeerde angststoornis" wordt door de clinicus gebruikt als er niet voldaan wordt aan alle classificatiecriteria en de clinicus ervoor kiest om NIET de reden te vermelden waarom niet aan alle criteria wordt voldaan. Bijvoorbeeld omdat hij niet voldoende informatie beschikbaar heeft (als een patiënt binnenkomt op de spoedeisende hulp). Het gaat bij deze classificatie om situaties waarin de diagnostiek wordt uitgesteld omdat er informatie ontbreekt en er later nog een nadere diagnose volgt. Deze classificatie kan geen eindclassificatie zijn. Dit is ook in de consultatiebijeenkomst besproken en men was het daarmee unaniem eens.
Gezien het vorenstaande valt de "ongespecificeerde ……stoornis" onder de te verzekeren geneeskundige GGZ. De classificatie dient echter op redelijke termijn gevolgd te worden door een eindclassificatie.

3.6.3 *"Psychische factoren die somatische aandoening beïnvloeden"*

Deze classificatie (in het hoofdstuk "Somatisch-symptoomstoornis en verwante stoornissen") raakt het omgaan met ernstige aandoeningen (bv kanker) en chronische somatische aandoeningen (bv diabetes of astma) en de eventuele behoefte aan psychische hulp als het omgaan met de aandoening niet goed lukt.
Omdat deze kwestie ook een punt van aandacht was in Rapport GGZ deel 2, hebben wij hier opnieuw naar gekeken.
In de DSM-5 staat expliciet dat "er een somatisch symptoom of een somatische aandoening aanwezig is (en er dus geen psychische stoornis is)". De DSM-5 is hier duidelijker dan de DSM-IV TR.
Omdat het niet over een psychische stoornis gaat, valt de aandacht voor de psychische factoren niet onder de verzekerde geneeskundige GGZ, maar kan het vallen onder de somatische zorg (huisarts en medisch specialist). Het begeleiden van patiënten bij het omgaan met hun aandoening valt hieronder. Dat wordt anders als er toch een psychische stoornis, bijvoorbeeld een depressie, ontstaat.

3.6.4 *"Aanpassingsstoornissen"*

Aan deze stoornis besteden wij ook aandacht omdat de minister deze stoornis per 1-1-2012 heeft uitgesloten van de te verzekeren geneeskundige GGZ.
In rapport GGZ deel 2 hebben wij geconstateerd dat er gegevens ontbreken over beloop, indicatie voor behandeling en effectiviteit van de behandeling van aanpassingsstoornissen. Er zijn ook geen richtlijnen of standaarden. Wij herhalen hier dat we de beroepsgroep hebben opgeroepen de totstandkoming daarvan ter hand te nemen. Zolang er geen duidelijkheid is over beloop, indicatie voor behandeling en effectiviteit van de behandeling achten wij uitsluiting van het verzekerde pakket terecht. Zodra een adequate richtlijn of standaard beschikbaar is kunnen wij een pakketbeoordeling doen op grond waarvan wij de minister eventueel zouden kunnen adviseren om de pakketmaatregel ten aanzien van de vergoeding van hulp bij aanpassingsstoornissen te heroverwegen.

3.6.5 *"Andere problemen die reden voor zorg kunnen zijn"*

In onze rapporten GGZ deel 1 en deel 2 hebben wij aangegeven dat problemen, die in de DSM-IV TR worden gecodeerd met een zogenaamde V-code, uitgesloten zijn van de te verzekeren geneeskundige GGZ. De behandeling van (enkelvoudige) werk- en relatieproblemen is inmiddels wettelijk uitgesloten van de te verzekeren geneeskundige GGZ. Uiteraard kunnen werk- en relatieproblemen, als die hebben geleid tot een psychische stoornis, wel behandeld worden. Ook kunnen werk- en relatieproblemen aan bod komen als onderdeel van de behandeling van een psychische stoornis.
In hoofdstuk 21 van de DSM-5, staat een uitgebreid overzicht van problemen die reden voor zorg kunnen zijn. Het betreft relatieproblemen, problemen met onderwijs en arbeid, huisvestings- en economische problemen, problemen die verband houden met de sociale omgeving, die verband houden met misdaad en justitie, problemen die verband houden met andere psychosociale, persoonlijke en omgevingsomstandigheden. Over al deze problemen zegt de DSM-5 letterlijk: "De problemen die in dit hoofdstuk worden opgesomd zijn geen psychische stoornissen." De DSM-5 is hier duidelijker dan de DSM-IV-TR.
De hulp bij deze problemen valt niet primair onder de G-GGZ. In de consultatiebijeenkomst was het overigens voor iedereen duidelijk dat behandeling van deze factoren niet onder de te verzekeren geneeskundige GGZ valt.
Uiteraard zal in geval van bijkomende problemen bij iemand met een psychische stoornis in de aanpak van de behandeling hier wel aandacht voor zijn.

3.7 Conclusies

Wij verwachten dat de DSM-5 een belangrijke bijdrage kan leveren aan het verbeteren van de behandelpraktijk omdat beroepsbeoefenaren de problematiek van de patiënt met de nieuwe structuur beter in beeld kan brengen. Wij zijn verder van oordeel dat de DSM-5 een beter handvat zal bieden voor de afbakening van de te verzekeren zorg omdat deze gedetailleerder en meer mogelijkheden biedt tot specificeren. Ook is explicieter dan in de DSM-IV TR aangegeven wanneer er geen sprake is van psychische stoornissen.

Samenvattend heeft de introductie van DSM-5 de volgende wijzigingen voor het verzekerde pakket tot gevolg. De duidingen als geformuleerd in het Rapport Geneeskundige GGZ deel 2 blijven onverkort van toepassing.

3.7.1 *Alleen huisartsenzorg*

Behandeling van de volgende stoornissen valt alleen onder huisartsenzorg.

- sociale (pragmatische) communicatiestoornis ("persisterend moeite hebben met het sociale gebruik van verbale en non-verbale communicatie is een te vaag criterium)
- disruptieve stemmingsdisregulatiestoornis (is alleen van toepassing op kinderen en jeugdigen)
- verzamelstoornis, tenzij voldaan wordt aan bepaalde criteria die de ernst van de problematiek weergeven (specificatie gering of ontbrekend realiteitsbesef/ waanovertuigingen);
- excoriatiestoornis, tenzij voldaan wordt aan bepaalde criteria die de ernst van de problematiek weergeven (ernstige lichamelijke verminkingen);
- eetbuistoornis, tenzij voldaan wordt aan bepaalde criteria die de ernst van de problematiek weergeven (specificatie ernstig of zeer ernstig).
- Cafeïneonttrekkingssyndroom
- Beperkte neurocognitieve stoornis

- “andere gespecificeerde … stoornis, met uitzondering van de “andere gespecificeerde schizofreniespectrumstoornis en andere psychotische stoornissen.

3.7.2 *Alleen huisartsenzorg en/of medisch specialistische zorg*

Behandeling van de volgende stoornissen valt alleen onder de huisartsenzorg of (somatisch) medisch specialistische zorg. premenstruele stemmingsstoornis

- remslaapgedragsstoornissen
- rustelozebenensyndroom,

Psychische factoren die een somatische aandoening beïnvloeden, zijn geen psychische stoornissen. De aandacht hiervoor maakt onderdeel uit van de zorg zoals huisartsen en (somatisch) medisch specialisten die plegen te bieden.

3.7.3 *Comorbiditeit somatiek en psychiatrie*

Bij de volgende stoornissen staat de somatiek op de voorgrond. De diagnostiek en behandeling vanuit de geneeskundige GGZ zal daarom bij voorkeur moeten plaatsvinden bij de psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen. Het gaat dan om:

- neurocognitieve stoornissen als gevolg van Parkinson, Huntington en HIV-infectie
- stoornissen als gevolg van bijwerkingen van de somatische medicatie

3.7.4 *Zowel huisartsenzorg, huisartsenpost/SEH of verslavingszorg*

De volgende twee stoornissen vallen onder de middelengerelateerde stoornissen en worden behandeld door de huisarts, de Huisartsenpost op Spoedeisende hulp of in de verslavingszorg.

- Cannabisintoxicatie
- Cannabisonttrekkingssyndroom

3.7.5 *“Andere gespecificeerde ….stoornis” geen G-GGZ m.u.v. schizofrenie*

Uiteindelijk zijn wij tot de conclusie gekomen dat de andere gespecificeerde …stoornis geen te verzekeren geneeskundige GGZ is met uitzondering van de andere gespecificeerde schizofreniespectrum- of andere psychotische stoornis. Bij deze classificatie is het evident dat zo snel mogelijk een beroep gedaan moet kunnen worden op geneeskundige GGZ.

3.7.6 *Alleen tijdelijk gebruik van “ongespecificeerde …..stoornissen”*

Bij “ongespecificeerde stoornissen” is er sprake van dat de clinicus nog onvoldoende informatie heeft om de stoornis te kunnen classificeren. Deze classificatie is geen eindclassificatie en behandeling kan tijdelijk vergoed worden, bijvoorbeeld in acute situaties. Deze classificatie moet worden gevolgd door de classificatie van de uiteindelijke specifieke stoornis.

3.7.7 *Wel te verzekeren G-GGZ zorg*

De uitbreiding van het pakket geneeskundige GGZ als gevolg van de DSM-5 zit bij de volgende stoornissen:

- ernstige verzamelstoornis,
- ernstige excoriatiestoornis
- ernstige en zeer ernstige eetbuistoornis
- andere gespecificeerde schizofreniespectrum- of psychotische stoornis.

Voor de behandeling gelden uiteraard de overige wettelijke criteria dat de behandeling moet voldoen aan de stand van wetenschap en praktijk en dat de verzekerde er redelijkerwijs op moet zijn aangewezen.

Wij verwachten niet dat deze nieuwe classificaties leiden tot een wezenlijke uitbreiding van de aanspraak op geneeskundige GGZ. In de praktijk krijgen mensen met deze nieuwe classificatie veelal ook nu al zorg onder een andere classificatie in de DSM-IV. Daar waar de behandeling van de nieuwe classificaties valt onder de huisartsenzorg of medisch specialistische zorg worden ook deze cliënten daar nu al gezien en indien nodig behandeld. Dit betekent dat de gevolgen van de invoering van de DSM-5 voor de te verzekeren Zvw zorg beperkt zijn.

3.7.8 Jeugdwet

De DSM-5 maakt geen onderscheid naar leeftijd. De zorg voor jeugdigen, ook de zorg bij psychische stoornissen valt onder de Jeugdwet. Het is aan de betrokken partijen bij de jeugdzorg om invulling te geven aan de inhoud en bekostiging van deze zorg. Of men daarbij gebruik wil maken van de DSM classificatie is aan hen. Dat geldt ook voor de classificatie disruptieve stemmingsstoornis welke in de DSM-5 alleen tot 18 jaar wordt toegekend.

4 DSM-5 of ICD 10/11?

Om het huidige systeem van Zvw en Wmg goed te laten functioneren is een objectieve maatstaf nodig om de geleverde zorg, waarop de verzekerde redelijkerwijs is aangewezen, af te kunnen rekenen. Deze maatstaf moet aansluiten bij de taal van de zorgverleners en begrijpelijk zijn voor patiënten. Zij moeten immers weten welke zorg wel en welke niet door de verzekering gedekt zal worden. Ook zorgverzekeraars hebben behoefte aan een duidelijke maatstaf voor de inkoop van de zorg en de controle.
In dit hoofdstuk gaan we in op de vraag welk classificatiesysteem van ziekten de voorkeur verdient voor de uitleg van de aanspraken op geneeskundige GGZ: de ICD-10 of de DSM-5.
Voor de beantwoording van deze vraag beschrijven wij kort wat de ICD en DSM inhouden en beargumenteren wij wat vanuit de optiek van zo duidelijk mogelijk omschreven aanspraken de voorkeur heeft.

4.1 Geschiedenis vanaf 1950 tot nu

4.1.1 DSM

De DSM is een classificatiesysteem van afwijkend gedrag/psychische stoornissen dat vanaf de jaren 50 van de vorige eeuw steeds verder is ontwikkeld en opgesteld onder verantwoording van de American Psychiatric Association (APA). Het wordt als classificatiesysteem wereldwijd gebruikt bij zorgverlening en wetenschappelijk onderzoek. De diagnostische criteria van de psychische stoornissen zijn richtlijnen voor het stellen van een uiteindelijke diagnose en hebben gezorgd voor een 'eenheid van taal' tussen clinici en onderzoekers in de wereld. Het classificatiesysteem kan niet op een technisch mechanische wijze (als een"kookboek") worden gebruikt[11]. De DSM classificatie is bedoeld voor gebruik binnen de professionele ervaring van de hulpverleners.[12]
De DSM-IV TR sluit grotendeels aan bij de negende editie van de International Classification of Diseases (ICD-9) van de WHO (1992). In 2000 vond de zesde revisie plaats en is bekend als DSM-IV TR-TR. In deze versie zijn ook de corresponderende ICD codes opgenomen.

Eind vorige eeuw is de APA in samenwerking met de WHO een onderzoeksagenda gestart ten behoeve van een meer wetenschappelijk onderbouwde en in de praktijk getoetste DSM classificatie. Verschillende werkgroepen hebben vanaf 2007 tot 2012 literatuur reviews en vervolgens field trials uitgevoerd.
Dit heeft in 2013 geleid tot de Engelstalige DSM-5[13] en uitgave van de Nederlandse vertaling in 2014. Het handboek bestaat uit drie delen. Deel I beschrijft de uitgangspunten van de DSM-5 met aanwijzingen voor het gebruik. Deel II beschrijft in 22 hoofdstukken de classificatiecriteria en codes. In de DSM-5, Nederlandse vertaling, staan nog alleen de ICD 9 CM (Clinical Modification)codes. De reden is dat er bij de vertaling nog geen openbare omzettingstabel beschikbaar is van de in de Amerikaanse DSM-5 gebruikte ICD-10-CM codes naar de in Nederland gangbare ICD-10 codes. Deel III behandelt de meetinstrumenten en modellen in ontwikkeling.

---

[11] Soortgelijke kritiek op de classificatiesystemen staat ook in het boek "Persoonlijke diagnostiek in een nieuwe ggz, de DSM-5 voorbij" van J. Van Os.

[12] Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-IV TR (p. VII), 1995

[13] De keuze om tot een cijfer aanduiding te komen is gelegen in het feit dat de DSM-5 gezien wordt als een 'levend' document waarbij snellere revisie mogelijk is (DSM-5.1, DSM-5.2).

Hierin zijn aandoeningen vermeld die verder onderzoek behoeven.

4.1.2 ICD

De ICD (International Classification of Diseases) is het internationaal gestandaardiseerde classificatiesysteem van diagnoses van de WHO waarmee alle ziektebeelden en diagnoses wereldwijd worden geregistreerd.
Begin jaren 60 vorige eeuw is het Mental Health Programma van de WHO zich actief gaan inzetten om de diagnostiek en classificatie van psychische stoornissen wereldwijd te verbeteren. Tot die tijd bestond er een grote onbetrouwbaarheid in de psychiatrische diagnostiek niet alleen door de verschillen tussen de landen maar vooral door de vele stromingen in de psychiatrie. Dit werd vooral duidelijk bij de psychiatrische rapportages voor de rechter en in het internationale wetenschappelijk en epidemiologisch onderzoek. Voor het eerst in de 8e editie van de ICD (1965/68) kwam er een apart hoofdstuk (hoofdstuk 5) voor de classificatie van psychische stoornissen. Door veel onderzoek in diverse research centra over de wereld ontstond een verbeterde versie, de ICD 9 (1978). De WHO Glossary bij de ICD 9 was een verdere internationale poging om eenheid te verkrijgen in het nog steeds zeer ruime diagnostische landschap van de psychiatrie.
In de eerste helft van de jaren 1980 verscheen de veel beter geslaagde DSM III die mede door de actieve American Psychiatric Association (APA) wereldwijd kon worden verbreid. Door de zekere onrijpheid van de ICD-9 met zijn wereldwijde consensus kon de ICD in tegenstelling tot de DSM niet het gezicht van de psychiatrie bepalen.

De ICD is nog steeds aan verbetering onderhevig en zo verscheen in 1992 de ICD-10. Deze versie toont een veel uitgebreidere classificatie van psychische stoornissen waar wereldwijd consensus over is ontstaan.
Het wereldwijde draagvlak is het grote voordeel en belang van de ICD. Ook in de Verenigde Staten heeft de ICD altijd haar rol behouden. Dat bleek ook bij de ontwikkeling van de DSM-5. Er zijn bij het tot stand komen van de DSM-5, werkgroepen ingesteld die belast waren met de herziening van de DSM- en ICD-systemen met als doel om de twee systemen zo veel mogelijk op elkaar aan te laten sluiten.

Naar verwachting zal in 2017 zal de ICD-11 verschijnen en door het verlaten van het assensysteem in de DSM-5 ten opzichte van de DSM-IV TR zal er meer harmonisatie ontstaan met de komende ICD-11. Dit vijf-assensysteem was door de APA in de DSM III ingebracht om de clinicus een meer onderbouwde en gelaagde classificatie van een stoornis te kunnen maken. Omdat er zo veel kritiek is gekomen op het niet valide assensysteem, is deze weer is verlaten in de DSM 5.

4.2 Wat zijn de inhoudelijke verschillen tussen DSM en ICD?

De meeste van de in het oog springende verschillen tussen de DSM- en ICD-classificaties zijn eerder historische bijproducten van processen van onafhankelijke commissies dan een weergave van wezenlijke wetenschappelijke verschillen (pagina 62 Handboek DSM-5, Nederlandse vertaling).
De DSM betreft specifiek de psychiatrie en is daardoor veel gedetailleerder, terwijl de ICD geen onderscheid maakt tussen somatiek en psychiatrie.
Het blijft van belang dat men zich realiseert dat de ICD en de DSM (nog steeds) alleen definities op syndromaal niveau opleveren zonder pathogenetische onderbouwing en dat beiden nog geen valide diagnostische systemen genoemd mogen worden.

4.3 Kritiek gebruik DSM voor de aanspraak en bekostiging

Vanuit diverse kanten is kritiek geuit op het gebruik van de DSM voor de aanspraak en bekostiging. De kritiek richt zich voornamelijk op het feit dat bij het stellen van de diagnose de individuele context van de cliënt moeten worden gewogen[14]. Een DSM-classificatie is iets anders dan een diagnose en behandeling. Lijdensdruk en de mate van disfunctioneren spelen hierbij ook een rol.

In het rapport van de Gezondheidsraad[15] over ADHD: Medicatie en maatschappij, wordt ook aandacht besteed aan kritiek op het DSM systeem. Hoewel deze is toegespitst op voorbeelden van kinderen met ADHD geldt deze kritiek ook algemener de DSM. Kort samengevat gaat het om een aantal kritiekpunten.

- Alle psychiatrische stoornissen zijn gebaseerd op rapporteerbare symptomen. Dit heeft weliswaar een goed bruikbaar classificatiesysteem opgeleverd, maar het is onwaarschijnlijk dat de categorieën goed afgrensbaar zijn op basis van etiologie en prognose, of dat zij precies overeenkomen met pathofysiologische mechanismen die bepaalde patronen van symptomen veroorzaken.

- Er moet sprake zijn van aanzienlijke last en belemmering van de symptomen. Dit is moeilijk kwantitatief vast te stellen en daarom sterk afhankelijk van de persoonlijke opvattingen van de beoordelaar, de omgeving waarin de beoordeling gedaan wordt, en maatschappelijke normen. Hierdoor blijft de discussie over de validiteit van de DSM categorieën voortbestaan.

- Het primaire doel van de DSM was om de communicatie binnen de psychiatrie te verbeteren door professionals eenduidige terminologie te bieden. De DSM classificatie is nu ook voorwaarde voor de vergoeding van zorg. Velen hebben hierop kritiek. De toegang tot hulp zou immers in eerste instantie gebaseerd moeten zijn op de mate van hulpbehoevendheid en niet op de inpasbaarheid binnen een classificatiesysteem met een beperkte betrouwbaarheid. Volgens velen is er door de DSM sprake van diagnostische inflatie: het medicaliseren van gewone menselijke ervaringen, waardoor de meerderheid van de bevolking aan de criteria voor een stoornis zou voldoen[16] .

Hieraan kunnen wij nog toevoegen de kritiek zoals door J. Van Os geformuleerd in zijn boek “Persoonlijke diagnostiek in een nieuwe ggz, De DSM-5 voorbij”. Van Os meent dat de DSM stoornissen en syndromen beschrijft die feitelijk niet bestaan. Hij voert bijvoorbeeld aan dat door de eenzijdige toetsing op globale criteria de specifieke problematiek van individuele patiënten vaak niet boven water komt. Zo blijven patiënten met ernstige problematiek vaak in de kou staan. Volgens hem moet de psychiatrie niet meer uitgaan van ziektebeelden, maar van zorgbehoefte.

Conclusie

Wij onderkennen de beschreven risico’s van de koppeling van een DSM classificatie aan de aanspraak op en vergoeding van geneeskundige GGZ. Dit risico is bij de DSM-IV-TR groter dan bij de DSM-5, maar desalniettemin aanwezig.
De bij de DSM-5 behorende criteria als significante lijdensdruk en de mate van de beperkingen in het sociale en beroepsmatige functioneren (met behulp van de WHO-DAS, het instrument om beperkingen en disfunctioneren vast te stellen) zouden op termijn mogelijk aanknopingspunten kunnen bieden.

---

[14] Jim van Os: “Persoonlijke diagnostiek in een nieuwe GGZ de DSM-5 voorbij”.

[15] Gezondheidsraad. Advies ADHD: medicatie en maatschappij. Den Haag, 2014.

[16] Batstra L, Frances A. Diagnostic inflation: causes and a suggested cure. J Nerv Ment Dis 2012;200: 474-9.

Wij concluderen op dit moment dat er geen door partijen gedragen instrument voorhanden is waarin we de zorgbehoefte bij psychische stoornissen met een zekere mate van objectiviteit en consistentie kunnen vaststellen. Dit laat onverlet dat er altijd zorgvuldige diagnostiek moet plaatsvinden, zoals in paragraaf 3.4 is beschreven.

4.4 Pakketafbakening, bekostiging en informatievoorziening: ICD en/of DSM?

Bij de pakketafbakening en in het bekostigingssysteem van de GGZ wordt nu de DSM-IV TR gebruikt. Het DBC GGZ systeem hanteert naast de DSM-IV TR indeling, ook de codes van de ICD. Om de DSM-IV TR in Nederland te kunnen gebruiken, heeft VWS indertijd een licentieovereenkomst met de APA gesloten. Als in de toekomst de DSM-5 gebruikt gaat worden, dan zal bekeken moeten worden of de rijksoverheid hiervoor weer een licentieovereenkomst moet sluiten, nu met de Nederlandse uitgever van de DSM-5. Aan het gebruik van de ICD zijn geen kosten verbonden.

Voor de pakketafbakening vinden wij de DSM-5 geschikter dan de DSM-IV TR. De classificaties in de DSM-5 zijn vaak gedetailleerder en voorzien van meer specificaties dan in de DSM-IV TR en de ICD-10. Door de gedetailleerde beschrijvingen (op basis van uitgebreidere vakliteratuur, de field-trials en de consensus binnen de beroepsgroep) geeft de DSM-5 beter zicht op gepast gebruik in de GGZ dan DSM-IV TR en ook dan de ICD. Overigens staat in de DSM-5, waar mogelijk een verwijzing naar de ICD codes.

Partijen in de GGZ hebben in het Bestuurlijk Akkoord GGZ afgesproken dat zij de GGZ en de somatische zorg wat betreft informatievoorziening beter bij elkaar willen laten aansluiten. Op welke wijze partijen hieraan verder invulling willen geven, is niet bekend.

4.5 Voorkeur voor DSM-5

De DSM-5 is gedetailleerder (mede doordat er meer mogelijkheden zijn om te specificeren) dan de ICD-10.
Voor de uitleg van de aanspraak op geneeskundige GGZ biedt de DSM-5 meer houvast dan de ICD-10. De ICD is nu globaler. Bijvoorbeeld, de eetbuistoornis (nieuwe stoornis in de DSM-5) is in de ICD bijvoorbeeld niet afzonderlijk te onderscheiden van de eetstoornissen.

Gezien het vorenstaande adviseert het Zorginstituut de minister om de DSM te blijven gebruiken voor de uitleg van de aanspraken zolang er geen betere manier is om de aanspraken consistent uit te leggen.

Voor de invoering van de DSM-5 in de uitvoeringspraktijk zal met partijen moeten worden overlegd over randvoorwaarden en tijdpad. De NVvP heeft aangegeven dat zij in staat zijn om de noodzakelijke scholing in 2015 vorm te geven. De NZa is verantwoordelijk voor de bekostigingssystematiek. De implementatie van de DSM-5 zal niet vóór 2016 kunnen geschieden.

5 Reacties van partijen

Wij hebben reacties ontvangen van het Landelijk Platform GGZ, de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, een gezamenlijke reactie van het Nederlands Instituut voor Psychologen, de Nederlandse Vereniging voor Gezondheidspsychologie, de Nederlandse Vereniging voor pedagogen en onderwijskundigen, de Vereniging voor Gedragstherapie en Cognitieve therapie, de Vereniging EMDR Nederland, de Nederlandse Vereniging voor Relatie- en Gezinstherapie, de Nederlandse Wetenschappelijke Vereniging voor Seksuologie, een gezamenlijke reactie van de Landelijke huisartsenvereniging en het Nederlands Huisartsengenootschap, afzonderlijke reacties van de Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie, Zorgverzekeraars Nederland, de Vereniging Adviserend Geneeskundigen werkzaam bij (zorg)verzekeraars, GGZ-Nederland, de Landelijke Vereniging van Vrijgevestigd Psychologen en Psychotherapeuten, Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie, Verenso en de Nederlandse Zorgautoriteit (zie bijlage 1).

Diverse partijen hebben ons gevraagd zaken te verduidelijken in het rapport, bijvoorbeeld het onderscheid tussen classificatie en stoornis en tussen diagnostiek en classificatie, bijvoorbeeld de veelheid van professionals die werkzaam zijn in de GGZ te benoemen, etc. Wij hebben zoveel mogelijk deze suggesties overgenomen. In de gezamenlijke reactie van het NIP e.a. over de tekst in het artikel 2.4 Bzv '….zorg zoals klinisch psychologen, … plegen te bieden ' wordt gesteld dat deze tekst niet meer aansluit op de praktijk om het domein van de GGZ te definiëren. Wij zullen ons nader beraden of wij de minister hierover moeten adviseren.

5.1 Afbakening van de aanspraken

De cliëntenorganisatie, de wetenschappelijke verenigingen en de zorgaanbieders/beroepsgroepen in de GGZ zijn het niet eens dat de huidige (afbakening van de) aanspraken het vertrekpunt vormt van onze beoordeling, met name de uitsluiting van de minister van de aanpassingsstoornissen uit de aanspraak geneeskundige GGZ. Partijen herhalen de eerder gemaakte opmerkingen tijdens de consultatie van het rapport GGZ deel 2 van 2013. Verder wijzen zij op de beperkingen van het classificatiesysteem voor het bepalen van de aanspraken, danwel wijzen het gebruik ervan af. Lijdensdruk en beperkingen moeten bepalend voor de afbakening van de aanspraken zijn.

De LHV en NHG merken op dat de huisartsen niet met de DSM-classificatie werken, de DSM-IV, noch de DSM-5.

Over de afbakening van de aanspraken huisartsenzorg, geneeskundige GGZ en somatisch medisch specialistische zorg in relatie tot de DSM-5, zoals door ons opgesteld is deels draagvlak, deels lopen de meningen uiteen.
Partijen vinden dat de specificatie *matige* eetbuistoornis ook tot de aanspraak op geneeskundige GGZ moet leiden, en niet alleen de specificatie *ernstig* en *zeer ernstig*. Wij hebben dit overgenomen.
Wij hebben bij de verzamelstoornis de specificatie *excessief verwerven* toegevoegd.
Onze operationalisatie van de ernst van de excoriatiestoornis hebben wij gehandhaafd.

De meest lastige afbakening betreft de classificatie 'andere gespecificeerde ….stoornis. Deze classificatie is aan elke categorie stoornissen toegevoegd, wanneer

de cliënt niet voldoet aan de beschrijving van de classificatie, maar de hulpverlener deze toch wil classificeren. Wij hadden voorgesteld om deze classificatie in uitzonderingsgevallen te laten vallen onder de aanspraak geneeskundige GGZ met nadere uitleg in het dossier zodat de zorgverzekeraar op efficiënte wijze controle kan uitoefenen. Het NIP heeft in de gezamenlijke reactie aangegeven hiertegen bezwaar te hebben omdat hierdoor de privacy van de cliënt schaadt, het landelijk Platform GGZ en diverse beroepsorganisaties zijn van mening dat er altijd aanspraak moet zijn bij een 'andere gespecificeerde … stoornis'. Verzekeraars zijn van mening dat door ook aanspraak op geneeskundige GGZ mogelijk te maken als niet voldaan wordt aan de voorwaarden voor classificatie van de stoornis de gehele afbakening van de geneeskundige GGZ ondergraven wordt. Deze is immers gebaseerd op de classificatie.
Wij hebben ervoor gekozen om de classificatie 'andere gespecificeerde …stoornis' niet te rekenen tot de geneeskundige GGZ met uitzondering van de andere gespecificeerde schizofreniespectrumstoornis en andere gespecificeerde psychotische stoornissen. Bij deze classificatie is het evident dat zo snel mogelijk een beroep gedaan moet kunnen worden op geneeskundige GGZ. Bij de andere categorieën van stoornissen is de huisarts aan zet als niet voldaan wordt aan de voorwaarden voor classificatie van een stoornis. De huisartsen hebben hier soms ook al richtlijnen voor bijvoorbeeld voor depressie en angst. Vaak zal er sprake zijn van wat wij eerder geduid hebben als "geïndiceerde" preventie. De cliënt voldoet niet aan de classificatie van de stoornis.

Wij staan uitdrukkelijk open voor concrete voorstellen van partijen voor betere handvatten voor de afbakening van de aanspraak op geneeskundige GGZ. Kwaliteitsstandaarden kunnen hierbij behulpzaam zijn. Dit geldt met name voor de persoonlijkheidsstoornissen en eetstoornissen. Wij blijven bij ons standpunt dat lijdensdruk en/of beperkingen onvoldoende houvast geven voor de afbakening. Lijdensdruk is een onvoldoende eenduidig criterium. Mensen kunnen ook 'lijden aan het leven' zonder dat er sprake is van een psychische stoornis. Met de WHO-DAS zijn functionele beperkingen te meten bij patiënten en is niet specifiek voor mensen met psychische stoornissen.

5.2 Comorbiditeit somatiek en psychiatrie

GGZ-Nederland maakt bezwaar tegen ons advies om bij een aantal stoornissen de zorg bij voorkeur aan te bieden vanuit psychiatrische afdelingen van algemene of academische ziekenhuizen. GGZ-Nederland is van mening dat het een onnodig en overbodig advies is. De noodzakelijke verbinding tussen de somatische en geestelijke gezondheidszorg kan ook op andere wijze tot stand komen dan via een onderdeel van het algemeen ziekenhuis en de GGZ-instellingen hebben hierin geïnvesteerd. Het gaat hier om inderdaad om een advies en stelt de aanspraak op geneeskundige GGZ niet ter discussie. Verzekeraars bepalen bij wie zij de zorg inkopen. Dit hebben wij verhelderd. Wij blijven wel het belang benadrukken van integrale behandeling van somatische comorbiditeit, juist ook in de algemene en academische ziekenhuizen.

5.3 DSM of ICD

Zoals hiervoor opgemerkt wijzen cliënten en nogal wat beroepsbeoefenaren de DSM af als basis voor de uitleg van de aanspraken. NIP e.a. spreken zich uit voor de ICD. Verzekeraars stelden voor om te wachten op de ICD-11. Wij blijven van mening dat bij de uitleg van de aanspraak op geneeskundige GGZ een beroep op een classificatiesysteem nodig is en dat lijdensdruk en beperkingen onvoldoende houvast bieden. Nu het er naar uitziet dat de DSM-5 in de hulpverleningspraktijk geïmplementeerd zal worden handhaven wij onze voorkeur voor de DSM. Daarbij komt dat de ICD-11 beter zal aansluiten op de DSM-5. Het wachten op de ICD-11

duurt te lang en de implementatie van de DSM-5 sorteert goed voor op de ICD-11 omdat daar een goede match mee te maken valt. Overigens zijn in de DSM-5 ook nu al de ICD-codes opgenomen, voor zover er een match is.

6 Conclusies en Advies

Wij verwachten dat de DSM-5 een bijdrage kan leveren aan het verbeteren van de behandelpraktijk omdat beroepsbeoefenaren de problematiek van de patiënt met de nieuwe structuur beter in beeld kan brengen. Van belang is dan wel dat goede diagnostiek plaatsvindt en dat is niet hetzelfde als het classificeren van een stoornis. Dat lijkt nu in de praktijk niet altijd het geval.

Wij zijn verder van oordeel dat de DSM-5 een beter handvat zal bieden voor de afbakening van de te verzekeren zorg omdat deze gedetailleerder en meer mogelijkheden biedt tot specificeren dan de ICD-10. Ook kunnen de psychische factoren die somatische aandoeningen beïnvloeden en de andere "levensproblemen" duidelijker worden onderscheiden van de psychische stoornissen.

De invoering van de DSM-5 in de Nederlandse GGZ zal niet voor 2015 beginnen en dan nog geleidelijk plaatsvinden. Het zal nog langer duren voordat de nieuwe classificatie ook doorwerkt in richtlijnen en standaarden. Dit maakt dat een zorgvuldige uitleg van de inhoud en omvang van het verzekerde pakket van belang is. We benoemen daarom de belangrijkste afbakeningsgebieden in dit rapport.

Tenslotte concluderen we dat er nog geen adequater alternatief is voor de duiding van het verzekerde pakket geneeskundige GGZ dan met een beroep op de DSM classificatie. Wij nodigen partijen uitdrukkelijk uit om daartoe voorstellen te doen. Lijdensdruk en/of beperkingen alleen bieden onvoldoende houvast bij de uitleg van de aanspraak geneeskundige GGZ.

6.1 Eerdere afbakening vanuit GGZ rapport deel 2 blijft van kracht

In het GGZ rapport deel 2 hebben we van de volgende psychische problemen aangegeven dat de behandeling daarvan geen te verzekeren Zvw zorg is. Deze uitleg blijft onder de DSM-5 onverkort van toepassing.

6.1.1 Geen te verzekeren zorg

- Personen komen ook vaak met psychosociale klachten bij de huisarts. *Psychosociale hulp* bestaat vooral uit praktische en sociaal maatschappelijke interventies. Deze liggen niet op het terrein van geneeskundige zorg, maar op dat van het algemeen maatschappelijk werk. De huisarts kan hiernaar verwijzen, voor zover beschikbaar.
- Bij *werkgerelateerde klachten* kan de werkgever een verantwoordelijkheid hebben. De minister heeft de hulp bij werk en relatieproblemen per 2013 wettelijk uitgesloten.
- Bij *leerstoornissen* heeft de school een verantwoordelijkheid.
- De huisarts kan de hulpvrager ook wijzen op diverse mogelijkheden om zelf oplossingen te zoeken voor psychosociale problemen, problemen met werk en relaties, bijvoorbeeld *zelfhulpprogramma's, al dan niet via internet, of het regionale aanbod van cursussen, bijvoorbeeld mindfulness*. Dergelijke oplossingen vallen buiten het verzekerde pakket.
- *Collectieve preventie, selectieve preventie en maatschappelijke ondersteuning* op het gebied van de psychische gezondheid vallen onder de gemeenten op grond van de Wet maatschappelijke ondersteuning of van de Wet publieke gezondheid.

Van de volgende stoornissen hebben we in het Rapport G-GGZ deel 2 aangegeven dat de behandeling daarvan geen te verzekeren geneeskundige GGZ is. Deze uitleg blijft onder de DSM-5 onverkort van toepassing.

Geen te verzekeren G-GGZ

- Specifieke enkelvoudige fobieën, echter wel verzekerd via huisartsenzorg
- Seksuele stoornissen (met uitzondering van a) parafiele stoornissen, b) genderidentiteitsstoornissen), echter wel verzekerd via huisartsenzorg of medisch specialistische zorg;
- Slaapstoornissen, echter wel verzekerd via huisartsenzorg of medisch specialistische zorg;
- Aanpassingsstoornissen, wettelijk uitgesloten.

6.2 Nieuwe afbakening voor "nieuwe" classificaties uit de DSM-5 komt erbij

De DSM-5 bevat een aantal nieuwe classificaties Zorginstituut Nederland heeft geduid in hoeverre de behandeling van deze nieuwe classificaties tot de te verzekeren zorg behoort en tot welke aanspraken.

6.2.1 Alleen huisartsenzorg

Behandeling van de volgende classificaties valt alleen onder huisartsenzorg Behandeling van de volgende stoornissen valt alleen onder huisartsenzorg. Behandeling van deze stoornissen valt dus niet onder de verzekerde aanspraak G-GGZ.

- sociale (pragmatische) communicatiestoornis ("persisterend moeite hebben met het sociale gebruik van verbale en non-verbale communicatie is een te vaag criterium)
- disruptieve stemmingsdisregulatiestoornis (is alleen van toepassing op kinderen en jeugdigen)
- verzamelstoornis, tenzij voldaan wordt aan bepaalde criteria die de ernst van de problematiek weergeven (specificaties excessief verwerven en gering of ontbrekend realiteitsbesef/ waanovertuigingen);
- excoriatiestoornis, tenzij voldaan wordt aan bepaalde criteria die de ernst van de problematiek weergeven (ernstige lichamelijke complicaties);
- eetbuistoornis, tenzij voldaan wordt aan bepaalde criteria die de ernst van de problematiek weergeven (specificatie matig, ernstig of zeer ernstig)
- cafeïneonttrekkingssyndroom
- beperkte cognitieve stoornis
- "andere gespecificeerde … stoornis, met uitzondering van de "andere gespecificeerde schizofreniespectrumstoornis en andere psychotische stoornissen.

6.2.2 Alleen huisartsenzorg en/of medisch specialistische zorg

Behandeling van de volgende classificaties valt alleen onder de huisartsenzorg of medisch specialistische zorg.

- premenstruele stemmingsstoornis
- remslaapgedragsstoornissen
- rustelozebenensyndroom

Psychische factoren die een somatische aandoening beïnvloeden, zijn geen psychische stoornissen. De aandacht hiervoor maakt onderdeel uit van de zorg zoals huisartsen en (somatisch) medisch specialisten die plegen te bieden.

6.2.3 Comorbiditeit somatiek en psychiatrie

Bij de volgende classificaties staat de somatiek op de voorgrond. De diagnostiek en behandeling vanuit de geneeskundige GGZ zal daarom bij voorkeur zoveel als

mogelijk moeten plaatsvinden bij de psychiatrische afdelingen van algemene of academische ziekenhuizen, tenzij op andere wijze de integrale behandeling goed is geborgd. Het gaat dan om:

- neurocognitieve stoornissen als gevolg van Parkinson, Huntington en HIV-infectie
- stoornissen als gevolg van bijwerkingen van de somatische medicatie

6.2.4 *"Andere gespecificeerde … stoornis" geen G-GGZ m.u.v. schizofrenie*

Uiteindelijk zijn wij tot de conclusie gekomen dat de andere gespecificeerde …stoornis geen te verzekeren geneeskundige GGZ is met uitzondering van de andere gespecificeerde schizofreniespectrum- of andere psychotische stoornis. Bij deze classificatie is het evident dat zo snel mogelijk een beroep gedaan moet kunnen worden op geneeskundige GGZ. Wij staan uitdrukkelijk open voor concrete voorstellen van partijen voor betere handvatten voor de afbakening van de aanspraak op geneeskundige GGZ. Kwaliteitsstandaarden kunnen hierbij behulpzaam zijn. Dit geldt met name voor de andere gespecificeerde persoonlijkheidsstoornissen en eetstoornissen.

6.2.5 *Alleen tijdelijk gebruik van "ongespecificeerde ….stoornissen"*

Bij "ongespecificeerde stoornissen" is er sprake van dat de clinicus nog onvoldoende informatie heeft om de stoornis te kunnen classificeren. Deze classificatie is geen eindclassificatie en behandeling kan tijdelijk vergoed worden, bijvoorbeeld in acute situaties.
Moet binnen redelijke termijn gevolgd worden door de uiteindelijk specifieke classificatie.

6.2.6 *Wel te verzekeren G-GGZ zorg*

De uitbreiding van het pakket geneeskundige GGZ als gevolg van de DSM-5 zit bij de volgende stoornissen:

- ernstige verzamelstoornis,
- ernstige excoriatiestoornis
- matige, ernstige en zeer ernstige eetbuistoornis
- andere gespecificeerde schizofreniespectrum- of psychotische stoornis.

Wij verwachten niet dat deze nieuwe classificaties leiden tot een wezenlijke uitbreiding van de aanspraak op geneeskundige GGZ. In de praktijk krijgen mensen met deze classificatie veelal ook nu al zorg onder een andere classificatie in de DSM-IV. Daar waar de behandeling van de nieuwe classificaties valt onder de huisartsenzorg of medisch specialistische zorg worden ook deze cliënten daar nu al gezien en indien nodig behandeld. Dit betekent dat de gevolgen van de invoering van de DSM-5 voor de te verzekeren Zvw zorg beperkt zijn..

6.3 DSM-5 het meest geschikte classificatiesysteem

De DSM-5 is gedetailleerder (mede doordat er meer mogelijkheden zijn om te specificeren) dan de ICD-10.
Wij zijn van mening dat de DSM-5 een bijdrage kan leveren aan de behandelpraktijk omdat de diagnose meer gedetailleerd kan worden geclassificeerd. We verwachten verder dat de DSM-5 een beter handvat zal bieden voor de afbakening van de te verzekeren zorg omdat deze gedetailleerder en meer mogelijkheden biedt tot specificeren. Ook is explicieter dan in de DSM-IV TR aangegeven wanneer er geen sprake is van psychische stoornissen.
Voor de uitleg van de aanspraak op geneeskundige GGZ biedt de DSM-5 meer houvast dan de ICD-10. De ICD is nu te globaal. De ICD 11 zal naar verwachting beter aansluiten op de DSM-5. Echter er is nog te veel onzekerheid over de datum van verschijnen, om hierop te wachten.

Wij onderkennen de beschreven risico's van de koppeling van een DSM classificatie aan de aanspraak en bekostiging van geneeskundige GGZ. Deze risico's gelden ook al voor het gebruik van de DSM-IV TR. Tegelijkertijd concluderen wij dat er geen door partijen gedragen instrument voorhanden is waarin we de zorgbehoefte op het gebied van psychische problemen met een voldoende mate van objectiviteit en consistentie kunnen vaststellen.

Gezien het vorenstaande adviseert het Zorginstituut de minister om de DSM te blijven gebruiken voor de uitleg van de aanspraken zolang er geen beter manier is om de aanspraken op consistente en toetsbare wijze uit te leggen.

De implementatie van de DSM-5 zal niet vóór 2016 kunnen geschieden.

7 Besluit

Een belangrijk onderdeel van de beoordelingen van het Zorginstituut vormt de benoeming en weging van de maatschappelijke aspecten. Hierbij wordt geschat wat de maatschappelijke implicaties kunnen zijn van het voorliggende advies.
Het Zorginstituut wordt hierover geadviseerd door de Adviescommissie Pakket (ACP). Deze commissie toetst of het Zorginstituut, voordat het een besluit neemt alle relevante aspecten heeft benoemd en juist heeft afgewogen, mede gelet op alle reacties van partijen tijdens de consultatie.

De ACP heeft tijdens haar vergaderingen van 20 juni en 12 december 2014 over dit onderwerp gesproken. In de bespreking stonden de volgende (maatschappelijke) punten centraal:

- inschatting van de gevolgen van overschakeling van DSM-IV naar 5 voor verzekerd pakket;
- geschiktheid van lijdensdruk en/of beperking als criterium voor de aanspraak;
- keuze voor DSM-5 of ICD

Hoewel een enkel lid meent onvoldoende te kunnen schatten of overschakeling op DSM-5 inderdaad geen noemenswaardige consequenties zal hebben, onderschrijft de commissie deze inschatting verder wel. Dat geldt ook voor de afweging dat lijdensdruk of beperking onvoldoende is geoperationaliseerd om als criterium voor de aanspraak te kunnen dienen. Ook onderschrijft de ACP de afweging van het Zorginstituut dat de DSM5 de voorkeur verdient boven de ICD. Dat brengt de commissie tot de conclusie dat, ondanks de haken en ogen die nog aan de DSM-5 kleven, het op dit moment het beste is wat er is. Tot slot benadrukt de commissie dat de DSM een classificatiesysteem is en dat het belangrijk is diagnose, indicatie en classificatie van elkaar te onderscheiden.

In zijn vergadering van 16 december 2014 heeft de Raad van Bestuur van Zorginstituut Nederland besloten- gehoord de Adviescommissie Pakket het rapport *'De nieuwe DSM-5 en de gevolgen voor de verzekering'* vast te stellen.

Dit rapport heeft tot doel een bijdrage te leveren aan de verduidelijking van de aanspraken na invoering van de DSM-5 in de behandelpraktijk van de GGZ.

Zorginstituut Nederland

Voorzitter Raad van Bestuur

Arnold Moerkamp

Bijlage 1

Overzicht reacties consultatiedocument
Gevolgen DSM-5 voor het Zvw pakket GGZ

1. Reactie NHG-LHV
2. Reactie ZN
3. Reactie NVvP
4. Reactie LVVP
5. Reactie Verenso
6. Reactie NVP
7. Reactie NVKG
8. Reactie GGZ nl
9. Reactie(s) VAGZ (9A en 9B)
10. Reactie Kenniscentrum Persoonlijkheidsstoornissen
11. Reactie NVGzP, NIP, NVO, VGCt, Ver EMDR Nederland, VGcP en NVVS
12. Reactie Verplegenden & Verzorgenden Nederland
13. Reactie Nza
14. Reactie LP GGz

Beste Marlies,

Hieronder vind je de gezamenlijke reactie van LHV en NHG op de consultatiedocument *Gevolgen van de DSM-5 voor de te verzekeren GGZ.*

Als algemene opmerking het volgende:
In het rapport wordt de DSM gekozen als instrument om verzekerde geneeskundige GGZ te onderscheiden van niet-verzekerde geneeskundige GGZ. Dat is begrijpelijk. Belangrijk is daarbij wel expliciet in het rapport te vermelden dat in de huisartsenzorg in principe niet wordt gewerkt met een DSM-classificatie. Niet met de DSM-IV en ook niet met de DSM-5. De manier van werken in de huisartsenzorg gaat uit van generalistische zorg volgens de NHG-standaarden en daarbij past vaak niet een classificatie van de patiënt in termen van een DSM. Wel is het handig dat huisartsen weten wat geen DSM-stoornis is, zodat huisartsen weten welke patiënten niet doorverwezen kunnen worden voor een door de zorgverzekeraar vergoede behandeling in de geneeskundige GGZ.

De volgende antwoorden betreffen de specifieke consultatievragen:
1. -

2. oké

3. In paragraaf 3.1. worden subjectieve termen genoemd (duidelijk, veel betrouwbaarder). Hoort m.i. niet in dit document.
De NHG-standaard Slaapproblemen en Slaapmiddelen is herzien in 2014. (3.4.9, 3.4.10, 3.4.11)

4. ja

5. nee

6. -

Succes met het verwerken.

Met vriendelijke groet,

Mariëlle van Avendonk

Dr. Mariëlle van Avendonk,
huisarts-epidemioloog
Wetenschappelijk medewerker
Nederlands Huisartsen Genootschap
Afd Richtlijnontwikkeling en Wetenschap

Beste Marlies,

Veel dank voor het toesturen van het consultatiedocument ‘Gevolgen DSM-5 voor de te verzekeren GGZ’. Graag geven wij in deze mail onze reactie.

Wij hebben het document aan onze leden voorgelegd. Dit heeft geleid tot uitgebreide en verschillende reacties, waarin tevens de nodige vragen worden gesteld (zie bijlage).

Tegelijkertijd zijn wij door de NZa verzocht om een reactie te geven op het concept-rapport ‘Impact-analyse alternatief voor DMS-IV in de basis-GGZ, gespecialiseerde GGZ, en FZ’. Ook hierop hebben wij uitgebreide en wisselende reacties ontvangen. Ter informatie hebben wij deze ook in de bijlage opgenomen.

Voor ZN is het onduidelijk hoe beide trajecten zich tot elkaar verhouden. Gezien de aard van de reacties van onze leden, vragen wij ons ten zeerste af of op dit moment een wijziging in de diagnoseclassificatie zou moeten worden doorgevoerd. Wellicht is het een goed idee om hierover op korte termijn met betrokken partijen door te praten.

Wij blijven graag op de hoogte van het vervolg van dit traject, waarvoor dank!

Hartelijke groeten,

Anneke Viscaal
Beleidsadviseur Zorg

Zorgverzekeraars Nederland
Postbus 520
3700 AM Zeist

Reacties zorgverzekeraars aan ZiNL op consultatiedocument 'Gevolgen DSM-5 voor het Zvw pakket GGZ'

Verzekeraar 1

Zorginhoudelijke terugkoppeling DSM V ten behoeve van kenniscentrum GGZ
Consultatievraag 1: Hebt u aanvullingen op onze beschrijving van de te verzekeren aanspraken? Wat gebeurt er met de openeindjes van de vorige afbakening van verzekerde zorg? Denk aan bijvoorbeeld: gameverslaving, relatieverslaving enz.
Consultatievraag 2 : Deelt u onze duiding en afbakening? Zo nee, welke stoornissen niet en waarom? wijzigingsvoorstel van de *beperkte neurocognitieve stoornis* wijzigingsvoorstel "*andere gespecificeerde stoornis*" <u>1. wijziging van punt 3.4.14 De beperkte neurocognitieve stoornis</u> Voorstel zoals nu in het consultatiedocument opgenomen is om de beperkte neurocognitieve stoornissen onder de HA zorg, medisch specialistische zorg en de GGZ te vergoeden. Dit is echter niet zoals het tijdens de consultatie bijeenkomst is besproken en komt ook niet overeen met datgeen in een eerdere alinea wordt aangehouden met betrekking tot dementie. Inhoud stoornis De beperkte neurocognitieve stoornis beschrijft het begin stadium van wat mogelijk dementie zou kunnen zijn. Het gaat veelal over oudere die zich zorgen maken over hun geheugen. Bij de beperkte neurocognitieve stoornis bestaat het gevaar van over rapportage, aangezien het hier gaat om een niet pluis gevoel van de betrokkenen. Beperkte neurocognitieve stoornis versus dementie Onder 2.2.3.1 wordt in het rapport gesteld dat dementie een ziekte is die niet specifiek in de GGZ thuishoort, maar waarbij de GGZ slechts een rol speelt als er sprake is van psychiatrische co morbiditeit en bijvoorbeeld probleemgedrag de GGZ. Aangezien de beperkte neurocognitieve stoornis het mogelijk voortraject van dementie beschrijft is het vreemd dit wel onder de GGZ te vergoeden terwijl we stellen dat als er sprake is van een daadwerkelijke stoornis (dementie) dit pas onder de GGZ valt als er sprake is van co morbiditeit. <u>2. Wijzigingsvoorstel punt 3.5.1. "Andere gespecificeerde stoornis"</u> <u>Huidige tekst 3.5.1</u> In de DSM-5 staat aan het eind van bijna ieder hoofdstuk de "andere gespecificeerde…stoornis". Kijken we bijvoorbeeld naar hoofdstuk 5: "Angststoornissen", dan is er de "Andere gespecificeerde angststoornis". Bij de 'Andere gespecificeerde angststoornis" wordt niet voldaan aan alle classificatiecriteria om de diagnose angststoornis te stellen waarbij er wel sprake is van lijdensdruk en/of disfunctioneren. De classificatie wordt door de clinicus gebruikt in situaties waarin de clinicus ervoor kiest de specifieke reden te noteren waarom het beeld niet voldoet aan de criteria voor een specifieke angststoornis. Als voorbeeld bij de angststoornissen worden genoemd 1) aanvallen met beperkt aantal symptomen en 2) gegeneraliseerde angst die meer dagen niet dan wel aanwezig is. De classificatie "Andere gespecificeerde …… stoornis" in de DSM-5 kan in de hand werken dat al te gemakkelijk de behandeling in de generalistische basis GGZ of gespecialiseerde GGZ(geneeskundige GGZ) wordt gestart zonder dat er sprake is van een circumscripte en evidente stoornis. Omdat de nieuwe DSM-5 gedetailleerder is dan de DSM_IV TR en meer mogelijkheden biedt om nauwkeurig te classificeren vinden wij dat het gebruik van de classificatie "Andere

gespecificeerde … stoornis” tot een minimum beperkt zou moeten
worden. Daarom hebben wij overwogen de “Andere gespecifieerde ….stoornis” met uitzondering van de Andere psychotische stoornis te duiden als geen te verzekeren geneeskundige GGZ.
In de consultatiebijeenkomst is dit aan de orde geweest. Enkele aanwezigen deelden onze visie niet volledig. De meesten vonden dat goed moet worden uitgezocht wat er aan de hand is en dat de specificatie dan niet zou hoeven te worden gebruikt. Een en ander heeft tot het volgende geleid. Het uitsluiten van de classificatie kan ertoe leiden dat in incidentele gevallen waar een behandelaar van oordeel dat er behandeling nodig is, terwijl toch niet geheel aan de classificatie wordt voldaan, hij in de situatie wordt gebracht om een specifieke classificatie te registreren die wel onder de aanspraak geneeskundige GGZ valt. Dat vinden wij onwenselijk.

Wij zijn van oordeel dat de classificatie “Andere gespecificeerde …… stoornis” alleen gebruikt mag worden in uitzonderingsgevallen. Mocht er gebruik van gemaakt worden, dan dient dit gepaard te gaan met nadere uitleg in het dossier, zodat de zorgverzekeraar op een efficiënte wijze controle kan uitoefenen.

Consultatievraag 3: Hebt u aanvullingen?

Aanvulling: De beperkte neurocognitieve stoornis

Beperkte neurocognitieve stoornissen NIET vergoeden vanuit de GGZ.
De zorgverzekering is bedoeld voor zorg door ziekte en niet voor hulp bij problemen waarbij nog geen sprake is van een ziekte. Het vermoeden van een stoornis is geen curatieve GGZ.
Het is HA zorg of POH GGZ.
Door deze zorg bij de HA /PIH GGZ te laten wordt de kans op overrapportage vermeden. Als toch blijkt dat er meer aan de hand is kan worden opgeschaald en is er geen sprake meer van een beperkte maar van een uitgebreide neurocognitieve stoornissen welke wel onder de GGZ wordt vergoed.

Aanvulling: “Andere gespecificeerde stoornis”

- Er is in bij de *andere gespecificeerde stoornis* geen sprake van een feitelijk klinisch psychiatrisch beeld. Uitsluiten dus!
- Zowel de NFU (Floor Schepers) als de NVVP hebben tijdens de hoorzitting aangegeven dat deze *andere gespecificeerde stoornis* buiten de GGZ aanspraken in het pakket kunnen blijven.
- In het kader van een stringent pakketbeheer is deze keuze ook niet goed te volgen.
- Voorbeeld van *andere gespecificeerde stoornis*:
  - Depressieve stoornis met onvoldoende symptomen.
  - Het diagnostisch concept depressie en daarmee de aanspraak op zorg wordt met deze categorie verder opgerekt. Dit past dus niet bij een scherpere afbakening van het verzekerde pakket.

Consultatievraag 4: Deelt u de voorkeur voor het gebruik van de DSM-5 boven de ICD-10 voor de uitleg van de aanspraken op te verzekeren zorg?

Wij delen de voorkeur voor gebruik van de DSM-5 boven de ICD-10.
De DSM-5 richt zich specifiek op de GGZ en is daarnaast ook van een hoger detailniveau van de ICD-10.
Voordeel van de ICD-10 is dat het internationaal bredere erkenning geniet, met name buiten de westerse landen. Dit is voornamelijk vanuit onderzoek oogpunt een belangrijk voordeel van de ICD. Ook de aansluiting op de somatiek speelt een rol bij.
Deze voordelen wegen wat ons betreft op dit moment niet op tegen het detailniveau dat de DSM-5 biedt. Dit detailniveau sluit aan bij de gesprekken die wij als verzekeraar met het veld hebben over onze verzekerde en de zorg die wordt geleverd in het GGZ veld.
Aanvullende biedt de DSM-5 kansen om de naast het stellen van een diagnose de context van de

cliënt zoals lijdensdruk en de mate van beperking in het sociale en beroepsmatige domein nauwkeuriger te wegen.
Consultatievraag 5: Wij kiezen ervoor de DSM-5 ondanks de genoemde kritiekpunten, toch te hanteren. **Heeft u suggesties hoe, gegeven die keus, om te gaan met de kritiekpunten?** Wij erkennen dat de DSM als bekostigingssysteem wellicht niet de meest wenselijke uitgangspunt is, maar beseft zich dat er op dit moment geen toereikend alternatief voor handen is. Bij de verwerking van de DSM-5 door DBC onderhoud in productgroepen zal (in samenwerking met het veld en verzekeraars) goed gekeken moeten worden hoe de DSM-5 zich het beste laat vertalen in productgroepen. Bij deze ontwikkeling zouden genoemde kritiekpunten geadresseerd moeten worden. Aansluitend zou het wenselijk zijn om een heldere afbakening van de ZVW GGZ verstrekking t.o.v. de DSM-5 hierin op te nemen.

Verzekeraar 2
Wij vinden in de huidige situatie het ZIN niet specifiek genoeg over wat verzekerde zorg en wat niet. Hit ZIN heeft in haar rapporten wel meer duidelijkheid gegeven, maar er is in het veld nog steeds veel discussie. De introductie van de DSM V geeft ons inziens niet de duidelijkheid die gewenst is voor de sector, zodat verzekerde zorg van onverzekerde zorg kan worden onderscheiden.

Wij zijn dan ook zeer benieuwd hoe de DSM V verwerkt wordt in de declaratiesystematiek. Wij ervaren nu dat er heel veel licht zit tussen wat het ZIN als aanspraken definieert en wat de NZa vervolgens in declarabele prestaties heeft vastgesteld. Als het ZIN met duidelijke aanspraken komt, dan kan de NZa deze aanspraken ook beter verwerken in de te declareren prestaties. Dit is voor inkoop beter, omdat wij dan eindelijke geen knollen meer voor citroenen inkopen en is ook voor controles beter, omdat dan vanuit de prestatie is te achterhalen wat de aanbieder eigenlijk had moeten doen voor die aanspraak.

Wat ons betreft trekken het ZIN en de NZa dan ook gezamenlijk op en geven ze gezamenlijk een advies.

Verzekeraar 3
Reactie samengevat
Hou het zoals het nu is en wacht met invoering van een nieuw classificatiesysteem voor de GGZ aandoeningen totdat in 2017 de ICD-11 beschikbaar komt. De veranderingen van DSM-IV naar DSM-5 zijn relatief klein, waardoor we voorlopig nog goed met de DSM-IV uitkomen. Het gevaar is dat we nu overgaan op de nieuwe DSM-5 en daarmee de echte vernieuwingsslag, die in 2017 mogelijk wordt met de ICD-11, gaan missen.
Een belangrijke overweging hierbij is nog de ontwikkeling van de zorgvraagzwaarte indicator in de GGZ. De ICD-11 zal vermoedelijk veel meer aanknopingspunten bieden om Zorgvraagzwaarte goed te operationaliseren, omdat het meer recht doet aan de dimensionaliteit van psychopathologie. Nu overgaan op DSM-5 betekent dat de werkgroep zorgvraagzwaarte weer opnieuw kan beginnen, want het werk tot nog toe en de operationalisering is vooral gebaseerd op het assensysteem van de DSM-IV. Daaraan toegevoegd het vermoeden dat inpassing in de DBC, lees registratie, eenvoudiger zal zijn..

Overwegingen ICD-DSM
In mei 2013 is er een nieuwe versie van de DSM geïntroduceerd, de DSM-5. Met de introductie van deze nieuwe versie van de DSM komt de vraag op of we deze revisie moeten gaan gebruiken of dat

het beter is over te stappen op de ICD systematiek. Een vervolgvraag is of we op de ICD-10 over moeten of beter kunnen wachten op de nieuwe versie van de ICD, de ICD-11.
De huidige ICD-10 stamt uit 1990 en is aan een revisie toe. Naar verwachting komt er in 2017 een nieuwe versie van de ICD (ICD-11, de beta-versie is al beschikbaar) waarmee een belofte wordt ingelost om een classificatie systeem te bieden dat beter aansluit bij de klinische behoefte en bruikbaarder is. De DSM is Amerikaans, Engeland heeft gekozen voor de ICD-10 en zal ook wel kiezen voor ICD-11. Duitsland is nog onbeslist.
Voor het coderen gebruiken we overigens al wereldwijd de “Clinical Modification” codes van de ICD-9-CM (bijvoorbeeld voor eenmalige milde depressie: MDD = 296.21) en ICD-10-CM (MDD = F32.0). In de VS zijn door verzekeraars sinds 1 oktober 2014 de ICD-10-CM codes verplicht gesteld bij declareren. (Meestal noemt men dit DSM codes, maar het zijn dus ICD-codes)

Belangrijkste verschillen tussen de DSM-5 en de ICD-11-Betaversie:
Kritiek op de DSM-5 is dat het te over-inclusief is (voorbeelden zijn dat in de DSM-5 rouw niet langer een exclusie is voor depressie, de toevoeging van milde stoornissen zoals premenstrual dysforic syndrom, disruptive mood dysregulation; zie Allen Frances of Jim van Os voor de kritiek hierop). Verder is er de kritiek dat bij de ontwikkeling van de DSM-5 de kans is gemist om een aantal belangrijke wijzigingen in te voeren, zoals beter recht doen aan een meer dimensionele kijk op psychopathologie. De Amerikaanse NIH is ook niet gelukkig met de DSM-5 en werkt aan een alternatief, Research Domain Criteria (RDoC) ook een meer dimensioneel systeem waarbij men poogt classificatie vooral te baseren op biologische en neuropsychologische informatie. Ook een belangrijk verschil is de omgang met persoonlijkheidsstoornissen in beide classificatie systemen, waarin de ICD-11 verder zal gaan op de weg naar een dimensionele insteek, die meer recht doet aan de werkelijkheid dan is gelukt in de DSM-5, waar de dimensionele insteek op het laatste moment is afgeblazen. Kortom, een aantal gemiste kansen worden in de ICD-11 goedgemaakt en men streeft meer en meer naar harmonisatie van beide classificatie systemen, waarbij uiteindelijk de DSM overbodig zal worden.

Verder
Zinl is nu bezig met een inventarisatie wat de gevolgen zijn van overgaan van DSM IV naar DSM 5. Maar er wordt ook gekeken of men ipv de DSM 5 beter de ICD 10 (of de opvolger ICD 11) kan nemen. Dat laatste vooral omdat de ICD internationaal meer wordt gebruikt dan de DSM. Voordeel van de DSM 5 is dat die specifiek is voor de GGZ, de ICD is algemeen zowel GGZ als somatiek. Verder is de DSM gedetailleerder (bijv. wat betreft de aspecten waaraan moet worden voldaan om de classificatie toe te kennen) waardoor mogelijk meer informatie beschikbaar is c.q. kan komen. De clustering is ook niet precies hetzelfde in de DSM IV en de ICD-10. Niettemin zou op grond van het bovenstaande de ICD-11 de voorkeur verdienen boven de DSM 5. De planning is nu 2017. En het is vaak zo dat een dergelijke planning niet wordt gehaald.

Verzekeraar 4
Consultatie vragen:
1) nee geen aanvullingen op de te verzekeren aanspraken, wel een vraag: indien een verzekerde opgenomen is en na bv 18 maanden blijkt dat er geen behandeling meer nodig is, maar wel 24 uurs verblijf, stroomt verzekerde dan uit de ZVW naar de WMO of pas na de 36 maanden? Dit proces staat nu niet voldoende beschreven. Daarnaast staat het voornemen beschreven om patiënten van wie duidelijk is dat zij een blijvende behoefte hebben aan verblijf, vanwege geneeskundige behandeling GGZ of vanwege beschermd wonen direct toegang te verlenen tot de WLZ. De laatste groep hoort toch in de WMO thuis?

2) niet geheel, wij zien de volgende uitzonderingen:

- de verzamelstoornis: hier wordt de voorwaarde gesteld dat er bij excessief verwerven sprake is van gering of ontbrekend realiteitsbesef/waanovertuigingen om te kunnen spreken van verzekerde GGZ zorg. Een verzamelstoornis valt nu onder de OCD 's en voor andere OCD's stellen we ook de voorwaarde niet van gestoord realiteitsbesef, daarbij is de definitie van de verzamelstoornis op zich al ernstig genoeg. (Hierdoor ontstaat er een grote hoeveelheid bezittingen die in de weg staan, woonruimtes nauwelijks bewoonbaar zijn en waarbij alleen derden voor opruiming kunnen (moeten) zorgen.) En levert deze stoornis gevaar op voor de omgeving (brand en ongedierte) en erg veel last voor huisgenoten. Naar onze mening zou behandeling van de stoornis volgens deze definitie onder de geneeskundige GGZ moeten vallen.
- Excoriatiestoornis: minstens een uur per dag staat in de uitleg; ernst kan dus geobjectiveerd worden door de laesies en de DUUR van het pulken. Alleen lichamelijke complicaties zijn te mager als behandelcriterium voor CGGZ. Wij zouden de ernst, meer dan een uur per dag meenemen voor behandeling in de geneeskundige GGZ -Eetstoornis matig 4-7 eetbuien per week, persoon kan dus dagelijks een vreet bui hebben. Deze mate van ernst hoort minimaal in de GBGGZ om erger te voorkomen. (Dezelfde indeling voor het aantal eetbuien geldt ook voor Boulimia Nervosa, deze hebben wel toegang tot de GGGZ. Het verschil tussen Boulima nervosa en een eetbuistoornis is dat, mensen met boulimia nervosa wel compenseren en met een eetbuistoornis niet. Daarnaast zijn de eetbuien bij de eetbuistoornis beter omschreven dan bij Boulimia nervosa).

Tot slot een opmerking over de Cafeïne onttrekkingsstoornis, deze hoort volgens ons niet in de in MSZ. Lijkt meer gewoon huisartsen zorg.

3) Er wordt op zich een afbakening gemaakt voor GGGZ vanaf 18 jaar, hoe gaan we om met de groep van 18 t/m 23? Deze leeftijdsgroep wordt vaak gehanteerd als aparte categorie omdat hier ook nog psychiatrische problematiek kan spelen die passend is bij de levensfase tot 18 jaar, als problematiek die passend is van de leeftijdsfase vanaf 18 jaar.

4) Ja wij delen de voorkeur van DSM5 boven ICD10.

5) voorkeur voor DSM 5, m.n. de WHO DAS 2.0 i.p.v. de GAF score lijkt een vooruitgang, maar de vraag is of de WHO- DAS genoeg onderscheidend is als er sprake is van verbetering van psychisch functioneren bij blijvend lichamelijk disfunctioneren. Toetsing hierop (voor zover dat nog niet is gedaan) of de ontwikkeling van een instrument dat onderscheidend is in het meten van de mate van algeheel functioneren en het aandeel daarin van psychische oorzaken helpt daarbij (ook om een omgang te vinden met de andere gespecificeerde stoornis. Om zo objectieve criteria/ meting te hebben van de lijdensdruk/disfunctioneren).

6)
- Ongespecificeerde stoornis: er dient dus een nadere diagnose te volgen! Binnen welke termijn?. Hoe ga je om met het stellen van de diagnose Ongespecificeerde stoornis , waarbij de patiënt de behandeling verbreekt en er dus geen "einddiagnose" gesteld kan worden.
-Andere gespecificeerde stoornis, lijkt op de oude NAO, er wordt niet voldaan aan alle classificatiecriteria, disfunctioneren en lijdensdruk wel aanwezig, hoe gaan we hiermee om? Eens dat dit alleen in uitzonderingsgevallen kan worden toegepast. Maar er zijn objectieve criteria nodig, anders kunnen we verschil tussen klacht en stoornis niet meer maken. NEE, tenzij moet achteraf getoetst kunnen worden bijvoorbeeld via de WHO DAS 2 op de ernst of criteria die een mate van "risico voor gevaar" aan kunnen geven.

Ter opmerking: 2015 is te snel voor invoering.

Reacties zorgverzekeraars aan NZa op concept-rapport 'Impact-analyse alternatief voor DMS-IV in de basis-GGZ, gespecialiseerde GGZ, en FZ'

Verzekeraar 1

1. Is het wenselijk dat er een transitieperiode is waarin aanbieders zowel op de 'oude' (met assen DSM-IV inclusief de GAF-score) als 'nieuwe' wijze registreren? Hoe moet worden omgegaan met openstaande zorgtrajecten? Openstaande dbc's in oude systematiek verwerken dus transitieperiode is wenselijk. Nieuwe dbc's met nieuwe systematiek.
2. Als de afbakening van het verzekerde pakket is gebaseerd op DSM-5 kan de bekostiging zowel gebaseerd zijn op DSM (zoals nu) of op ICD. Voordeel van het gebruik van ICD is dat in tegenstelling tot DSM codes al beschikbaar zijn (onderstaand hebben we twee voorbeelden opgenomen). Die zijn er echter niet altijd op het detailniveau van DSM. Nadeel is dat de afbakening van het verzekerd pakket niet geheel is op te maken uit de bekostigingsstructuur. Wat zijn volgens u de voor- en nadelen van het gebruik van de DSM-codes versus ICD-codes? Welke heeft uw voorkeur? Ik haal uit de eerdere reactie van de MAG dat ze hier nog niks over kunnen zeggen en moeten wachten op het rapport van ZINL over dit onderwerp.
3. Het is onvermijdelijk dat er door invoering van DSM-5 een trendbreuk in de data komt. Mogelijk kan die trendbreuk beperkt worden door de DBC-hoofdgroepen zoveel als mogelijk in stand te laten. Er zou ook voor gekozen kunnen worden om de groepen opnieuw in te delen op basis van de hoofdgroepen van DSM-5. Waar gaat uw voorkeur naar uit? Het meest toekomst bestendig lijkt ons slim. Welke optie dat is, is voor ons niet duidelijk.

Verzekeraar 2

Hou het zoals het nu is en wacht met invoering van een nieuw classificatiesysteem voor de GGZ aandoeningen totdat in 2017 de ICD-11 beschikbaar komt. De veranderingen van DSM-IV naar DSM-5 zijn relatief klein, waardoor we voorlopig nog goed met de DSM-IV uitkomen. Het gevaar is dat we nu overgaan op de nieuwe DSM-5 en daarmee de echte vernieuwingsslag, die in 2017 mogelijk wordt met de ICD-11, gaan missen.

Een belangrijke overweging hierbij is nog de ontwikkeling van de zorgvraagzwaarte indicator in de GGZ. De ICD-11 zal vermoedelijk veel meer aanknopingspunten bieden om Zorgvraagzwaarte goed te operationaliseren, omdat het meer recht doet aan de dimensionaliteit van psychopathologie. Nu overgaan op DSM-5 betekent dat de werkgroep zorgvraagzwaarte weer opnieuw kan beginnen, want het werk tot nog toe en de operationalisering is vooral gebaseerd op het assensysteem van de DSM-IV. Daaraan toegevoegd het vermoeden dat inpassing in de DBC, lees registratie, eenvoudiger zal zijn.

Overwegingen ICD-DSM

In mei 2013 is er een nieuwe versie van de DSM geïntroduceerd, de DSM-5. Met de introductie van deze nieuwe versie van de DSM komt de vraag op of we deze revisie moeten gaan gebruiken of dat het beter is over te stappen op de ICD systematiek. Een vervolgvraag is of we op de ICD-10 over moeten of beter kunnen wachten op de nieuwe versie van de ICD, de ICD-11.

De huidige ICD-10 stamt uit 1990 en is aan een revisie toe. Naar verwachting komt er in 2017 een nieuwe versie van de ICD (ICD-11, de beta-versie is al beschikbaar) waarmee een belofte wordt ingelost om een classificatie systeem te bieden dat beter aansluit bij de klinische behoefte en

bruikbaarder is. De DSM is Amerikaans, Engeland heeft gekozen voor de ICD-10 en zal ook wel kiezen voor ICD-11. Duitsland is nog onbeslist.

Voor het coderen gebruiken we overigens al wereldwijd de “Clinical Modification” codes van de ICD-9-CM (bijvoorbeeld voor eenmalige milde depressie: MDD = 296.21) en ICD-10-CM (MDD = F32.0). In de VS zijn door verzekeraars sinds 1 oktober 2014 de ICD-10-CM codes verplicht gesteld bij declareren. (Meestal noemt men dit DSM codes, maar het zijn dus ICD-codes)

Belangrijkste verschillen tussen de DSM-5 en de ICD-11-Betaversie:

Kritiek op de DSM-5 is dat het te over-inclusief is (voorbeelden zijn dat in de DSM-5 rouw niet langer een exclusie is voor depressie, de toevoeging van milde stoornissen zoals premenstrual dysforic syndrom, disruptive mood dysregulation; zie Allen Frances of Jim van Os voor de kritiek hierop). Verder is er de kritiek dat bij de ontwikkeling van de DSM-5 de kans is gemist om een aantal belangrijke wijzigingen in te voeren, zoals beter recht doen aan een meer dimensionele kijk op psychopathologie. De Amerikaanse NIH is ook niet gelukkig met de DSM-5 en werkt aan een alternatief, Research Domain Criteria (RDoC) ook een meer dimensioneel systeem waarbij men poogt classificatie vooral te baseren op biologische en neuropsychologische informatie. Ook een belangrijk verschil is de omgang met persoonlijkheidsstoornissen in beide classificatie systemen, waarin de ICD-11 verder zal gaan op de weg naar een dimensionele insteek, die meer recht doet aan de werkelijkheid dan is gelukt in de DSM-5, waar de dimensionele insteek op het laatste moment is afgeblazen. Kortom, een aantal gemiste kansen worden in de ICD-11 goedgemaakt en men streeft meer en meer naar harmonisatie van beide classificatie systemen, waarbij uiteindelijk de DSM overbodig zal worden.

Verder:

Zinl is nu bezig met een inventarisatie wat de gevolgen zijn van overgaan van DSM IV naar DSM 5. Maar er wordt ook gekeken of men ipv de DSM 5 beter de ICD 10 (of de opvolger ICD 11) kan nemen. Dat laatste vooral omdat de ICD internationaal meer wordt gebruikt dan de DSM. Voordeel van de DSM 5 is dat die specifiek is voor de GGZ, de ICD is algemeen zowel GGZ als somatiek. Verder is de DSM gedetailleerder (bijv. wat betreft de aspecten waaraan moet worden voldaan om de classificatie toe te kennen) waardoor mogelijk meer informatie beschikbaar is c.q. kan komen. De clustering is ook niet precies hetzelfde in de DSM IV en de ICD-10. Niettemin zou op grond van het bovenstaande de ICD-11 de voorkeur verdienen boven de DSM 5. De planning is nu 2017. En het is vaak zo dat een dergelijke planning niet wordt gehaald.

Verzekeraar 3

- In de analyse missen we de effecten op de Langdurige GGZ. Hier zit nu geen diagnose informatie in, maar wordt hier op een of andere manier wel rekening mee gehouden. Voor de volledigheid van de analyse zou dit wel moeten.
- Hoe verhoudt deze wijziging tot de nieuwe productstructuur die in 2017 er moet staan. We zitten niet te wachten op tweemaal een aanpassing in de systematiek en verlies aan data. Dit levert tweemaal een trendbreuk op.
- Wat is de noodzaak om over te gaan per 2016; deze ontbreekt.
- Controlemogelijkheden met een kunstmatige overgang zijn niet uit te voeren.

Bijgevoegd nog de opmerkingen in het document.

Ten aanzien van de vragen:

1. Is het wenselijk dat er een transitieperiode is waarin aanbieders zowel op de 'oude' (met assen DSM-IV inclusief de GAF-score) als 'nieuwe' wijze registreren? Hoe moet worden omgegaan met openstaande zorgtrajecten?
   Hierin hebben we drie opties:
      a. Doorlaten lopen in de oude systematiek en twee verschillende registratiemethoden hanteren, maar wel mogelijk 1 declaratiemethode; dit is voor het inzicht en de controles wel lastiger.
      b. Converteren van de bestaande registratie naar de nieuwe registratie; levert wel een trendbreuk op en zorgt voor verschillen. Is niet uitvoerbaar richting de declaraties, omdat dan de declaratiestandaard met terugwerkende kracht aangepast moet worden. Dit is niet realistisch.
      c. Kunstmatig afsluiten van de DBC's; dit is voor de declaraties het beste, echter kom je hier wel eenmalig met een dubbeling in de bekostiging te zitten omdat in de DBC de gemiddelde van een traject zijn opgenomen; dus niet echt gewenst.
2. Als de afbakening van het verzekerde pakket is gebaseerd op DSM-5 kan de bekostiging zowel gebaseerd zijn op DSM (zoals nu) of op ICD. Voordeel van het gebruik van ICD is dat in tegenstelling tot DSM codes al beschikbaar zijn (onderstaand hebben we twee voorbeelden opgenomen). Die zijn er echter niet altijd op het detailniveau van DSM. Nadeel is dat de afbakening van het verzekerd pakket niet geheel is op te maken uit de bekostigingsstructuur. Wat zijn volgens u de voor- en nadelen van het gebruik van de DSM-codes versus ICD-codes? Welke heeft uw voorkeur?
   Als het niet duidelijk is of iets tot het verzekerde pakket behoord, dan hebben we een groot uitvoeringsprobleem. Dit is wel duidelijk op te maken vanuit de DSM-codes. Met een gebruik van ICD codes moeten wel een aantal zaken duidelijk zijn om hier een uitspraak over te doen; moment van registratie/bepaling van de ICD code(vooraf of achteraf), hoe wordt omgegaan met nevendiagnoses(gedurende het traject kan een verandering ontstaan die van invloed is op de behandeling en dus op de bekostiging) De voorkeur heeft het om dit integraal te bekijken en het liefst in combinatie met de zorgvraagzwaarte 2.0 en de nieuwe productstructuur.

Het is onvermijdelijk dat er door invoering van DSM-5 een trendbreuk in de data komt. Mogelijk kan die trendbreuk beperkt worden door de DBC-hoofdgroepen zoveel als mogelijk in stand te laten. Er zou ook voor gekozen kunnen worden om de groepen opnieuw in te delen op basis van de hoofdgroepen van DSM-5. Waar gaat uw voorkeur naar uit?
Als een conversie mogelijkheid geboden wordt om vanuit de oude DBC's de vergelijking te maken met de nieuwe dan heeft het de voorkeur om dit te doen op basis van nieuwe hoofdgroepen die gebaseerd zijn op DSM-5

Verzekeraar 4

Algemene reactie

Het concept rapport lijkt volledig voorbij te gaan aan de vraag of een eventuele introductie van de DSM-5 in de (klinische) praktijk überhaupt zou moeten betekenen c.q. impact zou moeten hebben op de productstructuur en (prestatie)registratie systematiek ten behoeve van de verzekerde Geneeskundige GGZ. Naar onze overtuiging geeft een eventuele introductie van de DSM-5 in de (klinische) praktijk absoluut geen aanleiding/noodzaak de productstructuur en registratiesystematiek aan te passen terwijl er allerlei belangrijke argumenten zijn dat zo'n aanpassing ook absoluut niet wenselijk is. Een en ander in deze wordt geïllustreerd aan de hand van een uitwerking van een 4-tal stellingen.

Stelling 1: DSM- 5 is (net als overigens de DSM-IV) niet bedoeld en ook absoluut niet geschikt als ordeningssystematiek voor de Geneeskundige GGZ en is daarmee ook niet geschikt als basis voor een productstructuur (c.q. registratiesystematiek) mbt de verzekerde Geneeskundige GGZ-zorg.

Zowel de DSM IV als de DSM 5 zijn internationale categorisering systemen voor alle mentale problematiek, of dit nu psychiatrische (al dan niet volledig curabele) ziekte ziektebeelden betreft , of mentale (niet curabele) permanente handicaps of psychosociaal problematiek. Als zodanig zijn deze categoriseringssystemen dan ook niet bedoeld en ook absoluut niet geschikt als ordeningssystematiek voor de Geneeskundige GGZ (primair op genezing (medische stabilisatie) gerichte zorg (noch overigens voor de GGZ-AWBZ zorg (primair op zelfredzaamheid gerichte zorg) of de WMO GGZ zorg (primair op participatie gerichte zorg)); dit al helemaal niet binnen de zorgorganisatie van een specifiek land.
Dat de DSM-IV bij de overheveling van de Geneeskundige GGZ van AWBZ naar Zvw per 1 -1-2008 als basis is gebruikt voor de inrichting van de productstructuur t.b.v. de Geneeskundige GGZ, waarbij verschillende (al dan niet onder de ZVW verzekerde) stoornissen bovendien nog (onzichtbaar) geclusterd werden binnen hoofddiagnosegroepen, moet dan ook als 'kunstfout' worden aangemerkt. Het heeft dan ook jaren van discussie en 2 rapporten "(Onbetwiste) Geneeskundige GGZ" gekost om enige klaarheid te brengen in het werken binnen die voor de Geneeskundige GGZ feitelijk inadequate productstructuur. Ergo, dat de DSM-IV, ondanks zijn ongeschiktheid als ordeningssystematiek voor de Geneeskundige GGZ, toch als basis voor de productstructuur heeft gediend heeft vele (m.n. afbakenings-) problemen opgeleverd met daaraan gekoppeld een onevenredige / te grote (deels dus oneigenlijke) groei van de GGZ-zorgkosten. Zo heeft het jaren van discussies gekost om enige duidelijkheid te verkrijgen welke DSM-IV benoemde stoornissen nu wel en welke niet onder de verzekerde zorg vielen en tot welk domein van de ZVW-zorg. Net nu we na 6 jaar weer een beetje grip op de situatie beginnen te krijgen, zitten we vanuit verzekeraars zeker niet te wachten op een hernieuwde productstructuur; zeker niet op een onnodig gewijzigde productstructuur (met gewijzigde registratiesystematiek (*i.e* .DIS)) die wederom gebaseerd is op een classificatiesysteem dat daarvoor niet bedoelden ook niet geschikt is. Een nieuwe productstructuur en productregistratie-systematiek op basis van de DSM-5 zou namelijk wel een zeer grote (negatieve) impact hebben op de inkooppraktijk, de controlepraktijk en de gegevensverwerking c.q. declaratieverwerking van verzekeraars, te weten:

- Hernieuwde onduidelijkheid/discussies en herkenbaarheid-issues mbt.
  de afbakeningsproblematiek (i.e. wel- niet ZVW-verzekerde zorg en zo ja , behorend tot welk domein van de ZVW-verzekerde zorg, Stoornissen NAO issue e.a.); met als gevolg een periode van jaren van verminderde sturing op gepast gebruik; ergo, (onnodige en onrechtmatige) verhoging zorgkosten.
- Enkele jaren (3-5 jaar) achteruitgang in de ontwikkeling van instrumentarium dat noodzakelijk is om zorgvraagzwaarte te kunnen koppelen aan producten, om zo uiteindelijk tot een meer op doelmatigheid gericht inkooppraktijk te kunnen komen.
- Verlies van jaren m.b.t. (historische) benchmark informatie die noodzakelijk is om enigszins op doelmatigheid en gepast gebruik te kunnen sturen/inkopen en controleren.
- Het onnodig moeten uitvoeren van complexe aanpassingen binnen de automatiseringssystemen met betrekking de gegevensverwerking ten behoeve van o.a. de declaratieverwerking, de controles en de (feedback op de) de inkoop.

Stelling 2:

Er is geen enkele aanleiding de G-GGZ-Productstuctuur te herzien indien de DSM-5 in de klinische praktijk zou worden geïntroduceerd.

Binnen de huidige productstructuur/ registratiesystematiek (DIS) , worden er feitelijk geen 'eigen van de DSM-IV-categorisering afgeleide codes' geregistreerd maar primair de onder het categoriseringssysteem liggende ICD-9-CM codes (op as I of as II); dit m.b.t. de hoofddiagnose en eventuele nevendiagnoses. Ook de DSM-5 is gebaseerd op de onderliggende ICD-9-CM codes. Ergo, vanuit registratie technische overwegingen is er met betrekking tot de diagnose registratie (t.b.v. de productstructuur) geen enkele grond de product structuur aan te passen.
NB. Dit laat overigens onverlet dat binnen de DSM-5 er sporadisch wel sprake is van enige wijzigingen op het niveau van de ICD-9 CM codering. Enkelen van deze kunnen enige relevantie hebben m.b.t de registratie systematiek en dienen daarom weliswaar geadresseerd te worden doch dit staat in principe volledig los van de productgstuctuur ansicht. Voorbeelden in deze zijn:

- De DSM -5 bevat een aantal nieuwe in de categorisering opgenomen stoornissen met een eigen ICD-9-CM codering. Het ZiNL zal m.b.t. die stoornissen individueel moeten vaststellen of deze al dan niet tot de G-GGZ onder ZVW vallen.
- Stoornissen NAO zoals gecodeerd binnen de DSM IV, worden in de DSM-5 gesplitst over 2 nieuwe, ruimere en vager omschreven begrippen met ieder een eigen codering. Vastgesteld moet worden hoe we hier binnen de huidige productgstuctuur/registratiesystematiek mee om zouden moeten gaan. Gezien de jaren van moeizame discussie om enige duidelijkheid te verkrijgen omtrent hoe om te gaan met Stoornissen NAO c.q. onder welke voorwaarden een stoornis NAO wel dan niet onder de verzekerde G-GGZ zorg valt, zou de introductie van de 2 nieuwe coderingen (i.p.v. de oude Stoornis NAO codering) binnen de registratiesystematiek van de productstructuur de discussies rond dit onderwerp weer voor jaren terugwerpen met als gevolg een jarenlange periode waarbij een deel van onder de nieuwe gesplitste 'NAO- coderingen' wederom ten onrechte en onzichtbaar zal kunnen worden gedeclareerd met als gevolg een ongewenste, oneigenlijke verhoging van de zorgkosten. Binnen de DIS-registratie dient daarom naar onze overtuiging t.a.v. de Stoornissen NAO, de huidige (DSM-IV) NAO coderingssystematiek gehandhaafd te blijven. Het is daarbij overigens geen probleem dat de zorgaanbieder daarnaast eventueel , voor interen doeleinden, ook de nieuwe DSM-5 coderingen mbt deze stoornissen zou gaan hanteren.

Stelling 3:

Binnen de DSM 5 heeft men (deels gekunstelde) wijzigingen aangebracht op ICD niveau die vanuit een categoriseringsoptiek mogelijk begrijpelijk zijn (en voor zover dit 'gekunstelde' wijzigingen zijn, te billijken), maar die methodologisch gezien niet zuiver zijn (en in strijd met de feitelijke ICD betekenis) en die bovendien, indien toegepast binnen onze Nederlandse productstructuur en prestatie-registratiesystematiek, de noodzakelijke transparantie (nog verder) zouden ondermijnen.

Een belangrijk voorbeeld hiervan vormt de wijze waarop de DSM-5 in de categoriseringssystematiek omgaat met de Neurocognitieve stoornissen/ dementiële stoornissen. In een poging deze stoornissen naar ernst c.q. mate van cognitief disfunctioneren in te delen, heeft men de meer ernstige vormen van deze stoornissen onder één gemeenschappelijke ICD codering ondergebracht en de minder ernstige vormen onder één andere codering, waarvoor men arbitrair (feitelijk methodologisch incorrecte) één van de (in principe somatische) ICD coderingen van het mogelijk onderliggende somatisch leiden mbt de neurocognitieve disfunctioneren heeft genomen. Daar betreffende codering feitelijk niet correct is heeft men gemakshalve de naam van deze codering maar aangepast (ergo, is feitelijk niet meer de oorspronkelijke ICD 9 coderingsbetekenis). Zou deze coderingswijze worden overgenomen binnen de registratiesystematiek c.q. productstructuursystematiek, dan zou belangrijke informatie verloren gaan; informatie die bovendien zeer relevant is mbt de te verwachten geneeskundige behandelinzet die per onderliggend (somatische) ziektebeeld verschillend is.
NB. Dit voorbeeld illustreert overigens tevens waarom binnen de registratiesystematiek een vorm van assen-benadering, zoals binnen de DSM-IV gehanteerd, van curiaal belang blijft. Zie ook stelling 4.

Stelling 4:

Dat het 5 assen stelsel, zoals binnen de DSM-IV gehanteerd, voor een classificatiesysteem van alle mentale problematiek (psychiatrische ziektebeelden, mentale handicaps en psychosociale problematiek) niet van belang wordt geacht en deze assen systematiek daarom binnen de DSM-5 niet meer gehanteerd wordt, betekent niet dat de onderliggende informatie en het assen-onderscheid vanuit klinisch zorg optiek en DIS-registratieoptiek niet meer relevant zou zijn c.q. niet meer relevant te achten is.

Zo is én blijft het zowel voor een clinicus/behandelaar als voor de andere stakeholders (zoals verzekeraars en overheid) van groot belang om te (kunnen) onderscheiden (en te registreren) of een bepaalde stoornis al dan niet gerelateerd is aan een specifieke somatische aandoening (as III) en/of (specifieke) psychosociale problematiek (as IV). Hetzelfde geld voor as V (*i.e.* hetgeen de impact van de stoornis/aandoening op het functioneren aangeeft). Dit dus m.n. ook voor de behandelaar zelf daar een en ander mede bepaald hoe een adequate behandeling moet worden ingericht. Ook voor een inschatting van de zorgvraagzwaarte is deze informatie van curiaal belang; dit zowel voor de behandelaar als voor de verzekeraars. Vandaar ook dat de as III, IV en V informatie een prominente plaats heeft in de ontwikkeling van de ZVZ-indicator. Ergo, het is derhalve van belang dat deze informatie, die (na de introductie van de DSM 5) binnen de klinische praktijk intern sowieso gedocumenteerd zal blijven worden, ook onderdeel blijft van de verplichte DIS-registratie.
NB. Dit laat overigens onverlet dat het gebruik van de GAF (as V) op termijn 'gefaseerd' omgezet kan worden naar het gebruik van de WMO-DAS.

Concluderend:

Een aanpassing van de productstructuur en de registratiesystematiek (*i.e.* DIS) is bij een introductie van de DSM-5 in de klinische praktijk volstrekt onnodig en is (mede daarom) ook absoluut onwenselijk. Dit laatste m.n. omdat een nieuwe productstructuur en productregistratiesystematiek op basis van de DSM-5 een zeer grote negatieve impact zou hebben op zowel de inkooppraktijk als op de controlepraktijk als op de gegevensverwerkings-praktijk van verzekeraars, te weten:

- Hernieuwde onduidelijkheid/discussies en herkenbaarheid-issues mbt.
  de afbakeningsproblematiek (i.e. wel- niet ZVW-verzekerde zorg en zo ja , behorend tot welk domein van de ZVW-verzekerde zorg, Stoornissen NAO issue e.a.); met als gevolg een periode van jaren van verminderde sturing op gepast c.q. zinnig en zuinig gebruik van GGZ-zorg; met als gevold een onnodige (en in principe onrechtmatige) verhoging van zorgkosten.
- Enkele jaren (3-5 jaar) achteruitgang in de ontwikkeling van instrumentarium dat noodzakelijk is om zorgvraagzwaarte te kunnen koppelen aan producten om zo uiteindelijk tot een meer op doelmatigheid gericht inkooppraktijk te kunnen komen.
- Informatieverlies die gegevensinterpretatie ten behoeve van o.a. zorg(inkoop)beleid en controles verder aanmerkelijk bemoeilijkt.
- Verlies van jaren m.b.t. (historische) benchmark informatie die noodzakelijk is om enigszins op doelmatigheid / gepast gebruik te kunnen sturen/inkopen én te kunnen controleren.
- Het onnodig moeten uitvoeren van complexe aanpassingen binnen de automatiseringssystemen m.b.t de gegevensverwerking t.b.v. de declaratieverwerking, praktijkvariatie-onderzoek, controles ed.

NB. Ook wij onderkennen dat de huidige productstructuur, gebased op de DSM-IV, verre van ideaal is en dat er op termijn gestreefd moet worden naar een vernieuwde adequatere productstructuur. Het daarbij echter een aperte kunstfout om voor zo'n vernieuwde productstructuur dezelfde fout te maken als in het verleden door opnieuw het (geüpdatet) internationaal classificatiesystemen, dat daarvoor niet bedoeld en geschikt is, als uitgangspunt te nemen. Zie ook onder stelling 1.

Concrete beantwoording NZa vragen:

De NZa vragen gaan er schijnbaar vanuit dat een eventuele introductie van de DSM-5 in de (klinische) praktijk, automatisch belangrijke aanpassingen in de productgstuctuur c.q. registratiesystematiek noodzakelijk maakt; hetgeen naar onze overtuiging allerminst het geval is en hetgeen de vragen in onze optiek daarom ook minder relevant maakt. Niettemin hieronder een poging toch tot een concrete adequate beantwoording van de vragen te komen.

NZa: Wij hebben daarbij de volgende specifieke vragen:

1. Is het wenselijk dat er een transitieperiode is waarin aanbieders zowel op de 'oude' (met assen DSM-IV inclusief de GAF-score) als 'nieuwe' wijze registreren? Hoe moet worden omgegaan met openstaande zorgtrajecten?
   Deze vraag gaat er van uit dat de wijze van registeren sowieso zal c.q. zou moeten veranderen. Zoals hierboven aangegeven maakt een introductie van de DSM-5 in de klinische praktijk zo'n wijziging in de wijze van registratie helemaal niet noodzakelijk of nodig en is zo'n wijziging ook volstrekt onwenselijk gezien de zeer grote negatieve impact die dit zou hebben op zowel de inkoop praktijk als op de controle praktijk van verzekeraars.
2. Als de afbakening van het verzekerde pakket is gebaseerd op DSM-5 kan de bekostiging zowel gebaseerd zijn op DSM (zoals nu) of op ICD. (Dit klopt niet: ook nu is de bekostigingssystematiek gebaseerd op de geregistreerde ICD codering) Voordeel van het gebruik van ICD is dat in tegenstelling tot DSM codes (?? : de binnen de DSM IV en 5 gehanteerde codes betreffen ICD codes). al beschikbaar zijn (onderstaand hebben we twee voorbeelden opgenomen). Die zijn er echter niet altijd op het detailniveau van DSM. Nadeel is dat de afbakening van het verzekerd pakket niet geheel is op te maken uit de bekostigingsstructuur. Wat zijn volgens u de voor- en nadelen van het gebruik van de DSM-codes versus ICD-codes? codes (?? : de binnen de DSM IV en 5 gehanteerde codes betreffen ICD codes). Welke heeft uw voorkeur?
   We begrijpen deze vraag niet. De DSM kent geen eigen coderingssysteem maar maakt gebruik van onderliggende ICD-codes.
3. Het is onvermijdelijk (klopt o.i. apert niet!)dat er door invoering van DSM-5 een trendbreuk in de data komt. Mogelijk kan die trendbreuk beperkt worden door de DBC-hoofdgroepen zoveel als mogelijk in stand te laten. Er zou ook voor gekozen kunnen worden om de groepen opnieuw in te delen op basis van de hoofdgroepen van DSM-5. Waar gaat uw voorkeur naar uit?
   Bij deze vraag gaat men er ten onterechte van uit dat een introductie van de DSM-5 in de klinische praktijk "het onvermijdelijke gevolg" heeft dat er andere gegevens/data verzameld zouden moeten gaan worden. Zoals hierboven (zie onder stellingen 1 t/m 4) reeds aangegeven is dit echter helemaal niet nodig en ook apert onwenselijk; dit zowel vanuit de klinische praktijk gezien als vanuit verzekeraars- en overheidsoptiek. Zo vormt een introductie van de DSM-5 in de klinische praktijk ook geen enkele aanleiding om de indeling van de DBC-hoofdgroepen aan te passen; een categoriseringssystematiek ter indeling van alle mentale problematiek (of dit nu psychiatrische als dan niet curabele ziekte ziektebeelden betreft , of mentale (niet curabele) permanente handicaps of psychosociaal problematiek) is daarvoor ook niet bedoel en ook niet geschikt (zie ook onder stelling 1.) Zo'n aanpassing van de DBC hoofdgroepen zou evenwel wel grote negatieve gevolgen hebben. Zo zou het onder andere een verlies van jaren m.b.t. (historische) benchmark informatie veroorzaken; benchmark informatie die noodzakelijk is om enigszins op doelmatigheid / gepast gebruik te kunnen sturen/inkopen én te kunnen controleren. Verder zouden er door een re-mix van de ICD-9 CM hoofddiagnoses onder de veranderde DBC-hoofdgroepen, bijvoorbeeld niet verzekerde indicatiegebieden gemengd gaan worden met wel verzekerde indicatie gebieden; dit dus (verstopt) onder één hoofddiagnosegroep –DBC-hoofdgroep. (Bijv.: PTTS en Acute stress stoornis (verzekerde zorg) samen met

aanpassingsstoornissen (geen verzekerde zorg) in een DBC-hoofdgroep terecht komen. Hoe zouden zorgverzekeraars hierop moeten controleren??)

T.a.v. de door de NZa gevraagde eventuele opmerkingen een aanvullingen op het concept rapport

Daar het concept rapport o.i. ten onrechte voorbij gaat aan een voorliggende vraag 'of een introductie van de DSM-5 überhaupt consequenties zou moeten hebben voor de productstructuur en/of registratiesystematiek (*i.e.* DIS)', heeft het weinig relevantie de inhoud van het rapport van eventuele opmerkingen te voorzien of er aanvullingen op te geven. We beperken in deze dan ook tot de opmerking dat de impact die een aanpassing van de productstructuur en/of registratiesystematiek (*i.e.* DIS) voor verzekeraars zou hebben beduidend groter is en verder rijkt dan in het concept rapport gesuggereerd wordt.

Nawoord

Zoals uit bovenstaande beantwoording en de uitwerking van de stellingen 1 t/m/ 4 moge blijken, is het zowel uit het oogpunt van de klinische praktijk als vanuit de optiek van andere stakeholders (zoals verzekeraars en overheid) een misvatting te veronderstellen dat een (belangrijke) trendbreuk in de data c.q. DIS-registratiesystematiek en/of een aanpassing van de productstructuur door een eventuele introductie van de DSM-5 in de klinische praktijk onvermijdelijk is. Sterker nog zo'n trendbreuk en/of productstructuuraanpassing is niet alleen niet nodig maar bovendien volstrekt ongewenst. Dit met name ook in het licht van de maatschappelijke noodzaak om beter te kunnen aansturen op "gepast gebruik c.q. zuinige en zinnige zorg". Een trendbreuk in de data of de productstructuur zou de ontwikkelingen in deze ernstig frustreren en ons (de BV Nederland) in deze ook jaren achteruit zetten.

NEDERLANDSE VERENIGING VOOR PSYCHIATRIE

Zorginstituut Nederland
Mw. mr. M.E.K.

Utrecht, 12 november 2014

Kenmerk: AB/jvg/2197/14
Betreft: consultatiedocument over de *Gevolgen van de DSM-5 voor de te verzekeren GGZ*

Geachte mevrouw K., beste M.,

Met interesse heeft de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) kennis genomen van het consultatiedocument over de gevolgen van de DSM-5 voor de te verzekeren GGZ. Wij zijn tijdens de totstandkoming van het rapport meerdere keren door u geconsulteerd en de dilemma's en conclusies die in deze gesprekken aan de orde zijn gekomen herkennen wij terug in het rapport.

In het rapport behandelt u twee hoofdvragen. Ten eerste de vraag of gebruik van DSM-5 gevolgen heeft voor de inhoud en omvang van het basispakket Zvw. Wij onderschrijven de door u getrokken conclusie dat gebruik van DSM-5 naar verwachting niet of slechts zeer beperkt zal leiden tot een uitbreiding van de aanspraak op behandeling van psychische stoornissen. Bij de wijzigingen in classificaties gaat het immers niet om het bedenken van een nieuwe stoornissen, maar om het anders indelen van reële stoornissen waar patiënten aan lijden die zich grotendeels al aandienen bij de geestelijke gezondheidszorg voor behandeling. Aanspraak op behandeling vanuit de Zvw volgt niet uit een classificatie, maar komt voort uit diagnostiek en indicatiestelling. Ten tweede beantwoordt u de vraag welk classificatiesysteem, ICD-10/11 of DSM-5, de voorkeur verdient voor de afbakening van het pakket. Wij delen uw opvatting dat de DSM-5 te verkiezen is boven de ICD vanwege de aansluiting met de klinische en wetenschappelijke praktijk, waar gebruik van de DSM-5 gangbaar is.

Dit gezegd hebbende, willen wij ook de beperkingen van de DSM-5 voor het bepalen van de aanspraak op de Zvw te benadrukken. Bij de beoordeling van aanspraken op de Zvw zijn criteria van noodzakelijkheid, doelmatigheid en kosteneffectiviteit van belang. De afbakening van het pakket is, zoals u zelf ook meldt op de website, een vraagstuk van solidariteit, rechtvaardigheid en eigen verantwoordelijkheid. Alle stoornissen, die met de classificaties worden aangeduid, kunnen een groot effect kunnen hebben op de lijdensdruk, het disfunctioneren, maar ook op de somatisch medische consumptie. In de definitie die DSM-5 geeft van psychische stoornissen zit al een zekere afbakening besloten. Buiten een aanwijzing voor de noodzakelijkheid geven classificaties geen informatie over de overige pakketcriteria. De keuzes die gemaakt worden zijn daarmee maatschappelijk, in zekere mate arbitrair en niet zelden het resultaat van de inrichting van het zorgstelsel en de daaraan gerelateerde kunstmatige scheiding tussen soma en psyche.

bezoekadres Mercatorlaan 1200, Utrecht *postadres* Postbus 20062, 3502 LB Utrecht
telefoon 030 282 33 03 *fax* 030 288 84 00 *email* info@nvvp.net *website* www.nvvp.net

U stelt in het rapport dat zorgbehoefte, objectief vastgesteld op basis van disfunctioneren en lijdensdruk, leidend zou moeten zijn voor het bepalen van de grenzen van het verzekerd pakket, maar dat partijen geen instrument hebben kunnen aandragen dat hierin kan voorzien. Psychiaters zijn echter als medisch specialist opgeleid om te differentiëren tussen ziek en niet-ziek en zijn uitstekend toegerust om in het proces van diagnostiek en indicatie de juiste patiënt naar de juiste behandeling toe te leiden, waarbij juist deze criteria in acht worden genomen. De DSM-5 is gedetailleerder en geeft meer ruimte om te specificeren, met name naar ernst van lijden. Met de ontwikkeling van richtlijnen, verwijscriteria en zorgstandaarden wordt dit – steeds meer- wetenschappelijk onderbouwd. Het probleem van het ontbreken van een handvat om lijdensdruk en disfunctioneren te kwantificeren, geldt overigens voor de gehele gezondheidszorg. De NVvP onderschrijft de noodzaak van gepast gebruik van zorg. Wij zijn van mening dat gerichte, stoornis specifieke trajecten, waarin op basis van wetenschappelijke evidentie en zorgstandaarden met het veld afspraken worden gemaakt die overbehandeling moeten voorkomen, vruchtbaarder zullen zijn dan een kunstmatige en rigide afbakening op basis van een classificatiesysteem. Deze trajecten kunnen worden ingericht naar het voorbeeld van het convenant gepast gebruik van zorg dat onder andere met de Orde Medisch Specialisten is gesloten. De NVvP houdt zich voor een vergelijkbaar initiatief aanbevolen.

In de bijlage van deze brief zullen wij ingaan op de door u voorgelegde consultatievragen, en plaatsen wij op iets gedetailleerder niveau nog enkele opmerkingen bij de tekst van het rapport
Voor meer informatie naar aanleiding van deze brief kan u contact opnemen met Janneke van Gog, senior beleidsmedewerker, op tel. nr. 030-2823897 of per mail j.vangog@nvvp.net

Met vriendelijke groet,
Namens de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie,

Prof. dr. A.T.F. Beekman
Voorzitter

bezoekadres Mercatorlaan 1200, Utrecht *postadres* Postbus 20062, 3502 LB Utrecht
telefoon 030 282 33 03 *fax* 030 288 84 00 *email* info@nvvp.net *website* www.nvvp.net

Bijlage: beantwoording consultatievragen en overige opmerkingen

Consultatievraag 1: hebt u aanvullingen op onze beschrijving van de te verzekeren aanspraken?
Deze vraag betreft het tweede hoofdstuk van het rapport, waarin wordt toegelicht welke hulp bij psychische problemen (sic) onder de basisverzekering valt.

- Het consultatiedocument gaat uit van een aantal aannames die niet ter discussie worden gesteld. Zoals de aanname dat het collectief verzekerd pakket beperkt dient te worden, dat de begrenzing van het pakket onverkort is vastgesteld met het rapport "geneeskundige GGZ deel 2" en dat de aanpassingsstoornissen wettelijk uitgesloten dienen te blijven. De NVvP heeft er begrip voor dat deze voorbehouden in de rapportage zijn opgenomen, maar daarbij willen wij wel aanmerken, zonder er uitgebreid op in te gaan, dat onze eerder genoemde zorgen en standpunten ten aanzien van deze onderwerpen nog steeds van kracht zijn.
- Op pagina 3 wordt uit het rapport geneeskundige GGZ deel 2 aangehaald dat leerstoornissen een verantwoordelijkheid zijn van school. Wij willen hierbij aanmerken dat school deze taak niet altijd alleen op zich kan nemen en er situaties zijn waar behandeling en gespecialiseerde begeleiding nodig zijn.
- De tabel op pagina 9, waarin de aanspraak op de Zvw en de Wmg naast elkaar worden gezet is verwarrend en het doel van deze vergelijking in de context van het rapport is niet helder. Zo wordt de suggestie gewekt dat geneeskundige GGZ alleen die zorg is die klinisch psychologen en psychiaters plegen te bieden. Zie ook de opmerking bij voetnoot 3 op pagina 8. Dit is een onjuiste weergave van de realiteit en kan onnodig discussie oproepen. Geneeskundige GGZ betreft zowel de specialistische ggz en de generalistische ggz en wordt geboden door een veelheid aan professionals in verschillende organisatievormen. Het is onduidelijk of deze limitatieve opsomming de mening van het zorginstituut weergeeft of een citaat is uit de Zvw
- In paragraaf 2.2.3 'Medisch specialistische zorg kader' wordt door het taalgebruik de suggestie gewekt dat de geneeskundige GGZ geen medisch specialistische zorg is. Wij stellen het op prijs als in de tekst helder wordt aangegeven dat dit onderscheid slechts het bekostigingskader betreft en dat behandeling die door de psychiater wordt geboden medisch specialistische zorg is.
- In dezelfde paragraaf, maar ook elders in het rapport (samenvattingen paragraaf 3.6.3) wordt gesteld dat bepaalde behandeling bij voorkeur of uitsluitend behandeld moet worden vanuit een psychiatrische afdeling in een algemeen ziekenhuis. Allereerst gaan wij ervan uit dat hiermee ook de academische psychiatrische centra worden bedoeld. Daarnaast vragen wij ons af of hier rekening is gehouden met de specifieke functie die de PAAZ, MPU's en academische centra in het zorglandschap hebben. Wij verwijzen hiervoor bijvoorbeeld naar de recent vastgestelde veldnormen MPU. In ieder geval geldt voor een aanzienlijk deel van dit aanbod dat dit ook in termen van bekostiging op dit moment tot de curatieve ggz behoort.
- Op pagina 10 staat vermeld dat enkelvoudige fobieën alleen verzekerd zijn via de huisartsenzorg. Het is wat ons betreft onjuist dat niet de ernst als leidend wordt genomen.
- In deze duiding, maar ook in het eerdere rapport over de geneeskundige GGZ deel 2, wordt een groot beroep gedaan op de huisarts voor de behandeling van psychische stoornissen, hierin bijgestaan door een POH. De mogelijkheden om hieraan te voldoen zijn erg afhankelijk van de lokale situatie en de mogelijkheden voor consultatie van een psychiater. Het kan dus voorkomen dat een verwijzing naar de generalistische basis ggz of de gespecialiseerde ggz toch is aangewezen.

bezoekadres Mercatorlaan 1200, Utrecht *postadres* Postbus 20062, 3502 LB Utrecht
telefoon 030 282 33 03 *fax* 030 288 84 00 *email* info@nvvp.net *website* www.nvvp.net

Consultatievraag 2 & 3: deelt u onze duiding en afbakening? Zo nee, welke stoornissen niet en waarom? Hebt u aanvullingen?

Deze vraag betreft hoofdstuk drie van het rapport waarin wordt ingegaan op de wijzigingen in aanspraken ten gevolge van DSM-5.

- In dit hoofdstuk wordt veelvuldig gesproken over 'nieuwe stoornissen' die in DSM-5 zouden zijn opgenomen. Dit is onjuist. De DSM-5 is een classificatiesysteem en introduceert of wijzigt classificaties en geen stoornissen. De stoornissen en symptomen waarnaar de classificaties verwijzen zijn op zichzelf niet gewijzigd of nieuw.
- Voetnoot 5 op blz. 13 klopt niet: subtypen sluiten elkaar inderdaad uit maar worden niet aangeduid met "specificeer".
- Disruptieve stemmingsdisregulatie-stoornis: in de tweede kolom van de tabel op pagina 15 moet staan: "De stoornis is in *het hoofdstuk van de depressieve-stemmingsstoornissen* opgenomen om te voorkomen...." et cetera.
- De afbakening van de eetbuistoornis komt ons in hoge mate arbitrair voor. Behandeling wordt niet tot de geneeskundige GGZ gerekend wanneer sprake is van de specificatie licht of matig. Echter de matige vorm (4 tot 7 episode per week) lijkt ons ernstig genoeg om een aanspraak op het pakket te rechtvaardigen, zeker in vergelijking met een lichte boulimia nervosa. Hier is van belang in het oog te houden dat geneeskundige GGZ ook de generalistische basis ggz betreft.
- De NVvP deelt niet uw visie op de 'andere gespecificeerde …stoornis'. De suggestie wordt gewekt dat deze classificaties vooral worden ingezet om 'al te gemakkelijk' lichte problematiek te behandelen. Wij distantiëren ons van deze suggestie. De consequenties van uw zienswijze op de 'andere gespecificeerde …stoornis' komt scherp naar voren bij persoonlijkheidsstoornissen, maar beperkt zich daar niet toe. De 'andere gespecificeerde … stoornissen' kunnen om te beginnen even ernstig zijn als een van de gespecificeerde stoornissen, of ernstiger. Daarnaast geldt dat conform de afspraken in DSM-5 de 'andere gespecificeerde …stoornis' pas mag worden gebruikt als is voldaan aan (1) de algemene definitie van een psychische stoornis, (2) het criterium van klinische significantie en (3) in het geval van persoonlijkheidsstoornissen aan de volledige set van algemene criteria hiervoor. Een verdere specificatie van persoonlijkheidsstoornissen voegt dan niet meer toe aan de ernst en lijdensdruk, indicatiestelling en zorgtoewijzing. Juist om deze reden heeft met in Deel III van de DSM-5 een nog nader te ontwikkelen alternatief model voor classificatie van de persoonlijk-heidsstoornissen geïntroduceerd, waarmee deze stoornissen naar aard en ernst kunnen worden omschreven. Wij voorzien grote problemen in de behandeling van mensen met ernstige persoonlijkheidsproblematiek wanneer de 'andere gespecificeerde persoonlijkheidsstoornis' slechts bij hoge uitzondering een aanspraak kan zijn in de Zvw. Hetzelfde geldt voor de andere gespecificeerde psychotische stoornis, voor de eetstoornissen en voor stoornissen in de kindertijd en jeugd (hoewel deze van uw rapport zijn uitgesloten), waar de 'andere gespecificeerde …stoornis' betekenisvolle en gerechtvaardigde classificaties zijn. Wij dringen er bij u op aan uw huidige visie te nuanceren en zodanig aan te passen dat deze beter aansluit bij de klinische praktijk.
- Ten aanzien van de tabel op pagina 16 en verder willen wij opmerken dat de lijdensdruk, de mate van disfunctioneren en de complexiteit waarin de stoornissen zich presenteren leidend moeten zijn om te bepalen waar de patiënt het best behandeld kan worden.

Consultatievraag 4: deelt u de voorkeur voor DSM-5 boven ICD-10 voor de uitleg van de aanspraken op te verzekeren zorg?
Ja, De NVvP deelt deze visie. Zie ook de beantwoording in de brief.

Consultatievraag 5: heeft u suggesties hoe, gegeven de keus voor de DSM-5, om te gaan met de kritiekpunten op DSM-5?
Zie hiervoor ons voorstel voor afspraken omtrent gepast gebruik van zorg in de brief. Daarnaast zou nog beter gebruik gemaakt kunnen worden van de specificaties, met name de ernst van de stoornis.

Consultatievraag 6: Heeft u nog aanvullingen?
De afbakening van de verzekerde zorg wordt in dit rapport vanuit een erg individualistisch perspectief benaderd. Er wordt geen rekening gehouden met andere omstandigheden die van invloed zijn op de zorgbehoefte en lijdensdruk van de patiënt, zoals bijvoorbeeld het ontbreken van een steunsysteem. Graag wijzen wij erop dat deze elementen wel worden betrokken bij de zorgvraagzwaarte indicator en de doorontwikkeling van de productstructuur, waar veldpartijen op dit moment aan werken. Tot slot willen wij nog benadrukken dat classificatie zou moeten volgen op diagnostiek en indicatiestelling. Naast een beschrijving van de symptomen bevat een diagnose nog meer elementen: de fase van ontwikkeling van het ziektebeeld (bijvoorbeeld eerste keer dat symptomen zich voordoen, of een terugval na eerdere episode), complicaties, andere stoornissen of aandoeningen die van invloed zijn op de stoornis (comorbiditeit), factoren die hebben bijgedragen aan de ontwikkeling van de stoornis en factoren die van invloed zijn op het beloop van de stoornis, functies die verstoord zijn en de beperkingen die hieruit voortvloeien in het dagelijks functioneren op verschillende levensgebieden (werk, wonen, sociale relaties) en tot slot factoren die van invloed zijn op het al dan niet aanslaan van de behandeling. Een diagnose heeft vaak de aard van hypothesen die in de loop van de tijd kunnen worden bijgesteld. Diagnostiek en vervolgens de toepassing van DSM-5 vraagt specialistische expertise.

bezoekadres Mercatorlaan 1200, Utrecht *postadres* Postbus 20062, 3502 LB Utrecht
telefoon 030 282 33 03 *fax* 030 288 84 00 *email* info@nvvp.net *website* www.nvvp.net

Utrecht, 13-11-2014

LANDELIJKE VERENIGING VAN VRIJGEVESTIGDE PSYCHOLOGEN & PSYCHOTHERAPEUTEN

Geachte mevrouw K., beste M.,

Hierbij ontvangt u de reactie van de LVVP op het consultatiedocument: Gevolgen DSM-5 voor de te verzekeren GGZ:

Consultatievraag 1*: Hebt u aanvullingen op onze beschrijving van de te verzekeren aanspraken?*

De voetnoot nummer 3 op pagina 8 en voetnoot 8 op pagina 14 in niet compleet. Dit moet zijn: "Met aanspraak op geneeskundige GGZ duiden we de zorg zoals psychiaters, klinisch (neuro)psychologen, en psychotherapeuten en gz-psychologen die plegen te bieden." Wij zijn ons ervan bewust dat u hier slechts de letterlijke wettekst citeert, maar uw voetnoot – zeker in combinatie met de tabel op pagina 9 – suggereert het uitsluiten van bepaalde hoofdbehandelaars in de gespecialiseerde ggz. Dus ook in de tabel op pagina 9 dient bij punt a) naast de klinisch psycholoog ook de psychotherapeut, gz-psycholoog en klinisch neuropsycholoog als hoofdbehandelaar te worden genoemd.

De LVVP betreurt het dat het consultatiedocument opgezet is vanuit de optiek dat de geneeskundige GGZ beperkt dient te worden. Het is mede door de invoer van de gb-ggz en g-ggz een gemiste kans om niet opnieuw te bekijken wat goede en gepast zorg is voor de geneeskundige ggz.

Zo zijn aanpassingsstoornissen wettelijk uitgesloten voor vergoeding. Het blijft een hardnekkig misverstand dat er bij aanpassingsstoornissen geen of onvoldoende psychopathologie aanwezig zou zijn. Wellicht ontstaat dit misverstand door de naamgeving van deze categorie stoornissen. Herhaaldelijk hebben wij u afgelopen jaren gewezen op het feit dat er pas van aanpassingsstoornissen sprake is op het moment dat iemand op een pathologische wijze omgaat met een of meerdere stressfactoren. Het gaat hier – nogmaals – niet om aanpassingsproblemen met de reguliere tegenslagen die mensen in het leven nu eenmaal te verwerken krijgen. Het is in onze ogen dan ook zeer ongewenst dat deze DSM-classificaties is en blijft verwijderd.

Wij vinden het onbegrijpelijk dat bepaalde stoornissen zoals specifieke fobieën, bepaalde seksuele stoornissen en slaapstoornissen wel tot de verzekerde zorg behoren, maar alleen door de huisartsen en/ of medische specialistische zorg behandeld mogen worden en niet door de geneeskundige ggz. Het is goed om voor bepaalde stoornissen uit te sluiten dat er iets somatisch aan de hand is. Echter gezien het snijvlak van somatiek en psyche, is ook psychologische behandeling van belang. Psychologische behandeling kan vaak betere uitkomst bieden tegen geringere kosten. Anno 2014 is het onbegrijpelijk dat u deze wetenschappelijke inzichten terzijde schuift omwille van kostenbeheersing. De LVVP is van mening dat u hiermee de Nederlandse burger verstoken houdt van adequate gezondheidszorg, wat geestelijke gezondheidszorg namelijk ook is.

Consultatievraag 2 *Deelt u onze duiding en afbakening? Zo nee, welke stoornissen niet en waarom?*

De LVVP vindt het niet verantwoord dat "andere gespecificeerde......stoornissen" alleen in uitzonderingsgevallen worden vergoed. Deze "andere gespecificeerde.....stoornissen" kunnen namelijk even ernstig zijn als de gespecificeerde stoornissen, en soms zelfs ernstiger . Ook als je de

klachten niet voor 100% kunt labelen en niet helemaal aan een van de gespecificeerde stoornissen voldoet, dan kan de problematiek ernstig zijn en ervaren cliënten een significante lijdensdruk . De zorgbehoefte is leidend in deze en dus niet de classificatie. De werkelijkheid laat zich niet altijd modelleren in bestaande classificaties. Dit zegt echter niets over de ernst van de problematiek. Daarnaast is het de vraag hoe zorgverzekeraars hier op kunnen controleren dat er sprake is van een uitzonderingsgeval. Verder wijzen wij er dat de consequentie van deze stellingname van het Zorginstituut Nederland zal betekenen dat de privacy van patiënten in deze groep telkenmale geschonden zal worden.

Eetbuistoornissen komen alleen voor vergoeding in aanmerking in het geval ze ernstig tot zeer ernstig zijn. Ook lichte tot matige eetbuistoornissen zijn een DSM-stoornis, die ook behandeld moeten worden in de geneeskundige ggz, mede omdat voorkomen moet worden dat klachten ernstiger worden. Eetstoornissen hebben helaas zelden de neiging om als vanzelf te verdwijnen. De problematiek wordt vaker ernstiger en dreigt te generaliseren. De opstelling van het Zorginstituut Nederland lijkt hier meer ‘penny wise and pound foolish’ te zijn.

Consultatievraag 3 *Hebt u aanvullingen?*

-

Consultatievraag 4 *Deelt u de voorkeur voor het gebruik van de DSM-5 boven de ICD-10 voor de uitleg van de aanspraken op te verzekeren zorg? Zo nee, waarom niet?*

Nee, de LVVP deelt de voorkeur voor het gebruik van de DSM-5 zeker niet. We vinden het van belang om aan te sluiten bij een internationaal erkend systeem waardoor er een betere vergelijking mogelijk is met buitenlandse cijfers, onderzoeken en rapporten. Tevens wordt het systeem door verschillende zorgaanbieders gebruikt, zoals in de huisartsenpraktijk en ziekenhuizen. Hierdoor is er meer eenheid in de wijze van registratie en bekostiging. Het is een bestaande codering zonder extra kosten. Indien gewenst is er een koppeling mogelijk met de DSM-5.
De DSM-5 kan een prima classificatie-instrument zijn in de behandelkamer van de zorgaanbieder, maar deze is niet wenselijk voor de afbakening voor de geneeskundige ggz.

Consultatievraag 5 *Wij kiezen ervoor de DSM-5 ondanks de genoemde kritiekpunten, toch te hanteren. Heeft u suggesties hoe, gegeven die keus, om te gaan met de kritiekpunten?*

Het verwondert de LVVP dat u een consultatietraject uitzet, maar tegelijkertijd stelt dat u kiest voor de DSM 5. Dit consultatieproces verloopt in onze ogen dan ook niet ordentelijk. De LVVP adviseert u om uit te gaan van de ICD. Niet alleen zijn er minder kosten gemoeid met de invoering daarvan, ook zullen professionals zich beter herkennen in deze structuur, waardoor zij de werkelijkheid niet steeds geweld aan hoeven te doen, omdat niet iedereen in een vast omschreven hokje past. Uiteindelijk zal dit de betrouwbaarheid van de gegevens ten goede komen.

Consultatievraag 6 *Hebt u nog aanvullingen?*

-

Geachte mevrouw K.,

Hierbij stuur ik u onze reactie op het consultatiedocument *Gevolgen van de DSM-5 voor de te verzekeren GGZ.*

Consultatievragen

Daar waar gesproken wordt van huisartsenzorg kan men veronderstellen dat zodra het over kwetsbare ouderen gaat (ouderen met –uitgebluste- psychische problematiek, co-morbiditeit, polyfarmacie en een diffuus beeld) de medische zorg voor wat betreft DSM 5 overgenomen wordt door de specialist ouderengeneeskunde. De specialist ouderengeneeskunde zal, zo nodig in overleg met de psychiater, ingrijpen op polyfarmacie, gedragsproblemen, structuur, ondervoeding/overvoeding en begeleiding bieden met een multidisciplinair team.

Onder 3.4.14 wordt gesproken over beperkte neurocognitieve stoornissen en onder 3.4.15 over uitgebreide neurocognitieve stoornissen. We missen hierbij onder verzekerde geneeskundige zorg de specialist ouderengeneeskunde. Deze speelt bij neurocognitieve stoornissen een belangrijke rol met betrekking tot het stellen van de diagnose en bijvoorbeeld psycho-educatie. Deze inspanningen in een vroeg stadium kunnen later resulteren in minder ziekenhuisopnames, crisisbed-opnames en een betere kwaliteit van leven. Overigens speelt dit niet alleen in de GGZ maar ook bijvoorbeeld in de module ouderenzorg en bij de POH GGZ.

Opvallend is dat de ambulante GGZ nauwelijks genoemd wordt. Er wordt vooral verwezen naar psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen. Voor ouderen waarbij specialistische kennis van neurocognitieve stoornissen onontbeerlijk is speelt de ambulante GGZ een belangrijke rol. Wij zien deze dan ook graag specifiek benoemd, al dan niet in een keten opererend. Dat laatste kan overigens wel geïnterpreteerd worden uit wat er over de 'dementieketens' gesproken wordt. De GGZ kan ingeschakeld worden bij cognitieve stoornissen als er b.v. een depressie doorheen speelt. Niet genoemd wordt ernstige systeemproblematiek door de cognitieve stoornis of de delieren waar deze doelgroep vatbaar voor is en die met psychotische symptomen gepaard kan gaan. Ook dat zou in de keten afgesproken kunnen worden, maar in het consultatiedocument is het zinvol dit expliciet te noemen omdat het aangeeft dat het een zeer complexe doelgroep is met niet uitgesproken eenduidig te verklaren gedrag en vaak met een grillig beloop.

Zodra opname tijdelijk aan de orde is door bijvoorbeeld gedragsproblematiek, onveilige situatie thuis (gevaar voor zichzelf of anderen) etc. kan de oudere psychiatrische patiënt opgenomen worden in een passende setting binnen de verpleeghuiszorg (verpleeghuizen waar ze deze zorg geven met een korte lijn naar de psychiaters).Hetzelfde geldt voor (ex) verslaafden (alcohol/cannabis etc.) die nu oud en kwetsbaar zijn (soms in combinatie met neurocognitieve stoornissen) of patiënten met het syndroom van Korsakov. Zowel extramuraal als intramuraal, dient ook voor deze patiëntengroep intermitterende opname kortdurend mogelijk te zijn onder behandeling van een specialist ouderengeneeskunde in samenwerking met een psychiater.

De vergoedingsaanspraken zijn begrijpelijk. De GGZ waarin wij werken is er voor de ernstiger problemen en niet voor de aanpassingsstoornissen. Desondanks bemoeien wij ons vaak genoeg en ook efficiënt met de aanpassingsstoornis die door de bij ons behandelde patient ontstaat bij de mantelzorger. Dat is vaak nodig, zeker als het bemoeizorg-patiënten betreft waar na lange tijd de GGZ hulpverlener een ingang heeft gekregen. Heel graag zien wij ook deze systeemproblematiek vergoed, omdat het zo samenhangt met het gedrag van de patient en uitputting van de mantelzorger kan voorkomen (en uiteindelijk opname van de patient in een instelling kan uitstellen).

Met vriendelijke groet,

drs. Inge van der Stelt
Beleidsmedewerker Verenso

nederlandse vereniging voor psychotherapie

Reactie NVP op consultatiedocument DSM-5

Het bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie (NVP) heeft kennis genomen van de notitie '**Consultatiedocument DSM-5, gevolgen voor het pakket'.** Vanuit het perspectief van de praktijk van de psychotherapie in Nederland, alsmede de positie van het beroep (BIG-artikel 3) psychotherapeut, volgt hier onze reactie. Het rapport gaat in op de mogelijke gevolgen van de invoering van de DSM-5 in Nederland (voor volwassenen patiënten). Wij merken op dat het consultatiedocument uit gaat van een aantal aannames die niet ter discussie worden gesteld. Desondanks willen we toch op een aantal zaken in de conceptnota reageren.

Consultatievraag 1

Wij zijn het oneens met de volgende aannames uit de notitie: dat het Collectief verzekerde pakket beperkt dient te worden; dat een aantal stoornissen onverkort geen te verzekeren geneeskundige GGZ zorg zijn conform het GGZ rapport; dat de aanpassingsstoornissen wettelijk uitgesloten dienen te blijven. Deze aannames zoals gesteld in het rapport vertegenwoordigen nadrukkelijk NIET het standpunt van de NVP.

"Zorgbehoefte moet leidend zijn en niet een classificatie". Hier zijn we het van harte mee eens. Dat "geen door de partijen gedragen instrument voorhanden is" zou o.i. reden zijn om de ontwikkeling van zo'n instrument snel ter hand te nemen.

Ten aanzien van de voetnoot nr 3 op pagina 8 en nr 8 op pagina 14: Moet zijn: "Met aanspraak op geneeskundige GGZ duiden we de zorg zoals psychiaters, klinisch psychologen en psychotherapeuten die plegen te bieden." Ook in de tabel op pagina 9 dient bij punt a) naast de klinisch psycholoog ook de psychotherapeut als hoofdbehandelaar te worden genoemd.

Consultatievraag 2

De "andere gespecificeerde......stoornissen" zouden alleen in uitzonderingsgevallen worden vergoed. Dat lijkt ons niet verantwoord omdat ook de "andere gespecificeerde.....stoornissen" even ernstig kunnen zijn als een van de gespecificeerde stoornissen, zelf ernstiger. Over de persoonlijkheidsstoornis NAO is de afgelopen jaren een hele discussie gevoerd toen de behandeling daarvan niet langer dreigde te worden vergoed, terwijl het de meest gestelde diagnostische classificatie is bij persoonlijkheidsstoornissen. Die dreiging is gelukkig teruggedraaid, en terecht! Nu dreigt dat weer te gebeuren, want de DSM-IV "Persoonlijkheidsstoornis NAO" wordt in de DSM-5 (Deel II) "Andere gespecificeerde persoonlijkheidsstoornis". Dit omdat men het systeem wilde verbeteren maar niet door weer te gaan schaven aan de DSM-IV diagnostische criteria van de verschillende persoonlijkheidsstoornissen. Daarom staat nu het Alternatieve model in Deel III van de DSM-5. Om een "Andere gespecificeerde persoonlijkheidsstoornis" in de DSM-5 te mogen classificeren dient voldaan zijn aan 1.) De algemene definitie van een psychische stoornis (Deel I, blz 72 Nederlandse vertaling), 2.) aan het criterium van

“klinische significantie” (Deel I blz 73-74), en 3.) de “algemene criteria voor een persoonlijkheidsstoornis” (Deel II, blz 849). De verdere specificatie tot één of meer van de negen gespecificeerde persoonlijkheidsstoornissen in Deel II, doet dan niet meer voor de vergoeding ter zake omdat dat onvoldoende zegt over de ernst, indicatiestelling en zorgtoewijzing. Daarvoor heeft men nou juist het Alternatieve model in Deel-III opgenomen (om nog verder te ontwikkelen), waarmee nu al de “andere gespecificeerde persoonlijkheidsstoornis” mag worden omschreven m.b.t. de aard en ernst. Het lijkt ons derhalve volstrekt onaanvaardbaar om de “Andere gespecificeerde persoonlijkheidsstoornis alleen in uitzonderingsgevallen te mogen gebruiken voor het collectief verzekerde pakket!
Anders dan bij andere NAO-stoornissen is het voorschrift dat de patiënt bij het hoofdstuk persoonlijkheidsstoornissen eerst voluit moet voldoen aan een set van algemene criteria voor een persoonlijkheidsstoornis alvorens men tot de classificatie NAO (in de DSM-5 Andere gespecificeerde.....) over mag gaan. Het is dus onjuist, zoals gesteld op pagina 23 van het consultatiedocument, dat “al te gemakkelijk” een dergelijke classificatie kan worden toegedicht. Ons advies is dan ook dat, naast de “Andere gespecificeerde psychotische stoornissen”, in ieder geval ook de “Andere gespecificeerde persoonlijkheidsstoornis” hiervan gevrijwaard wordt.

Consultatievraag 3

De DSM-5 wordt als meer geschikt dan de ICD gezien “omdat deze gedetailleerder en meer mogelijkheden biedt tot specificeren”. Vraag is waarom daar dan niet in veel ruimere mate gebruik van wordt gemaakt. Dat zou o.i. gerealiseerd kunnen worden door nog meer gebruik van de specificaties te maken die de DSM-5 biedt! Differentieer m.n. nog meer naar ernst!
Zoals wij in onze eerdere reactie al hebben genoemd, blijft in essentie de kritiek op deze wijze van rubriceren van psychische stoornissen onveranderd. Voor goede indicatiestelling en vormgeving van een psychotherapeutische behandeling is de DSM-5 dan ook slechts van zeer beperkte waarde.
Bovendien zijn wij van mening dat de categoriale rubricering van psychische stoornissen volgens de DSM-IV of DSM-5 in onvoldoende mate een uitgangspunt kan vormen voor financiering van verzekerde zorg in de basis-GGz of specialistische GGz. De financiering van zorg zou gebaseerd dienen te zijn op de ernst en complexiteit van de psychische stoornis, zoals die tot uiting komt in de mate van lijdensdruk en/of beperkingen in het sociaal-maatschappelijk en beroepsmatig functioneren.

Namens het bestuur van de NVP,

N. Draijer, voorzitter

Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie

ZiNL
T.a.v. mr. M.E.K.

Utrecht, 13 november 2014

Ons kenmerk: U-1411395

Betreft: Consultatiedocument Gevolgen DSM-5 voor het Zvw pakket GGZ

Geachte mevrouw K.,

Met belangstelling hebben wij kennisgenomen van het consultatiedocument betreffende DSM-5, gevolgen voor het pakket dat wij op 23 oktober van u ontvingen. Hieronder gaan wij in op uw consultatievragen.

Consultatievraag 1 betreft de beschrijving van de te verzekeren aanspraken.
Medisch specialistisch zorgkader
Wij willen u er op attenderen dat het heldere onderscheid tussen medisch specialistische zorg en geneeskundige GGZ dat gemaakt wordt bij ouderen niet zo evident is. Met name bij de kwetsbare ouderen is de vervlechting tussen somatische en psychiatrische problematiek dermate sterk, dat medisch-specialistische kennis bij zowel algemene ziekenhuizen als G-GGZ in grote mate aanwezig moet zijn om alle problematiek adequaat te kunnen behandelen. In het consultatiedocument komt dit wel enigszins aan de orde, maar als klinisch geriaters willen wij dit graag expliciteren.
De Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG) is sinds haar oprichting als medisch specialist in 1983 aanwezig in zowel de G-GGZ als in de algemene ziekenhuizen en ook de opleiding vindt in beide settingen plaats (van de 5 jaar opleiding 1 jaar in de GGZ).
In het Beleidsplan 2014-2018 (bijgaand) gaat de wetenschappelijke vereniging uit van de behandeling van kwetsbare ouderen in alle curatieve locaties, dus zowel in de algemene ziekenhuizen als in de G-GGZ (psychiatrische ziekenhuizen).
Het risico van een pakket waarin alle G-GGZ zorg met een (gedeeltelijk) somatische grondslag uitsluitend richting algemeen ziekenhuis wordt gedirigeerd is uitholling van hoogstaande kwalitatieve ouderenzorg in de GGZ en een toestroom van ook in gedrag complexe groep ouderen naar het ziekenhuis, die daartoe lang niet altijd adequaat is ingericht en zeker ook niet goedkoper is dan de G-GGZ.

Consultatievraag 2
Met betrekking tot duiding en afbakening van DSM-5 bekrachtigt de NVKG de uitgangspunten dat rondom neurocognitieve stoornissen en overige soms bijdragende somatische problematiek bij kwetsbare ouderen eerder regel dan uitzondering is. De samenhang binnen de zorgketen waarbij soms medisch specialistische zorg in het algemene ziekenhuis en soms in de G-GGZ nodig zal zijn, kan alleen wanneer de bekostiging hiervoor adequaat blijft. Het is waar dat dit een grijs gebied is, en niet in alle regio's op dezelfde wijze wordt opgelost. De realiteit is dat

NVKG
Dutch Geriatrics Society
Mercatorlaan 1200
Postbus 2704
3500 GS Utrecht
T (030) 28 23 930
F (030) 28 23 931
E info@nvkg.nl
W www.nvkg.nl

het produceren van hoogstaande zorg door mensen wordt gemaakt en niet uitsluitend door regelgeving kan worden opgelost.
Enige diversiteit in regionale oplossingen is niet het probleem van de patiënt. Samenhangende en samenwerkende hoogstaande zorg is wel de oplossing voor de patiënt.

Consultatievraag 3
Wij hebben geen aanvullingen.

Consultatievraag 4
De NVKG deelt niet de voorkeur van de DSM-5 boven ICD 10 voor de aanspraken op verzekerde zorg.
ICD 10 is beter in staat de complexe problematiek van ouderen, waarbij ook de somatische co-morbiditeit, die van invloed kan zijn op het psychisch functioneren weer te geven. ICD 10 wordt internationaal ook in de psychiatrie veel meer gebruikt hiervoor dan de DSM.

Consultatievraag 5
Nee, wij hebben hiervoor geen suggesties.

Consultatievraag 6:
Wij hebben geen aanvullingen.

Wij zijn graag bereid onze standpunten mondeling toe te lichten.

Wij vertrouwen erop u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd.

Met vriendelijke groet,

R.A.M. de Jonckheere en H.C. Kruithof
Klinisch geriaters Amphia Breda / Parnassia Den Haag
Bestuursleden NVKG

NVKG
Dutch Geriatrics Society
Mercatorlaan 1200
Postbus 2704
3500 GS Utrecht
T (030) 28 23 930
F (030) 28 23 931
E info@nvkg.nl
W www.nvkg.nl

Zorginstituut Nederland
T.a.v. mevrouw mr. M.E. K

Datum
13 november 2014
Contactpersoon

Bijlage(n)
Geen
Doorkiesnummer

Ons kenmerk
KV/jpse/rall/155406/2014
Onderwerp
Consultatiedocument DSM-5, gevolgen voor het pakket

Uw kenmerk

Geachte mevrouw K

Met belangstelling hebben wij kennisgenomen van het consultatiedocument betreffende DSM-5, gevolgen voor het pakket dat wij op 25 oktober van u ontvingen. Hieronder gaan wij in op uw consultatievragen. Daarin willen wij in het bijzonder aandacht vragen voor onze standpunten met betrekking tot de stoornissen genoemd bij de beantwoording van consultatievraag 2, maar zeker ook voor ons standpunt over de voorkeur die het ZIN uitspreekt voor behandeling van bepaalde stoornissen in psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen. U vindt dat bij onze beantwoording van consultatievragen 2 en 6.

Consultatievraag 1
De definitie van geneeskundige ggz in de tabel op blz. 9 is onvolledig, voor een volledige definitie verwijzen naar de definitie van het hoofdbehandelaarschap van de Minister van VWS. De tabel met soorten bekostiging in de WMG is onvolledig. Naast de genoemde beschrijvingen voor generalistische basis-ggz en gespecialiseerde ggz kunnen zorgaanbieders en zorgverzekeraars experimenten bekostigen op basis van een verzoek daartoe bij de NZa, in het kader van beleidsregel innovatie. Deze opmerking gaat ook over paragraaf 2.2.2.2.

Consultatievraag 2
Hier vraagt u of wij uw duiding en afbakeningen delen. GGZ Nederland is op zich verheugd dat een aantal opmerkingen die in de eerdere plenaire en schriftelijke consultatieronde gemaakt zijn, over zijn genomen. Ook zijn wij verheugd over de bevindingen rond de medicalisering, waarin het ZIN stelt dat DSM-5 juist een bijdrage kan leveren aan het tegengaan van medicalisering, in plaats van die te veroorzaken. Ook onderschrijven wij de wijze waarop het ZIN adviseert om te gaan met de anders-omschreven stoornis. Daarmee wordt in onze optiek tot uiting dat DSM een weerbarstige werkelijkheid volgt en niet andersom. Er wordt zo ook ruimte gegeven om verder te werken aan verfijning van DSM 5 zonder dat daarmee de vergoeding van zorg gelijk in het geding komt.

Brancheorganisatie voor de geestelijke gezondheids- en verslavingszorg
Piet Mondriaanplein 25 • 3812 GZ Amersfoort • Postbus 830 • 3800 AV Amersfoort • T 033 460 89 00 • KVK 40483580
info@ggznederland.nl • www.ggznederland.nl • IBAN: NL56 INGB 0687 2118 08 BIC: INGBNL2A • IBAN: NL08 ABNA 0408 3901 07 BIC: ABNANL2A

Toch delen wij de duiding en afbakening op een aantal onderdelen niet: te weten bij de hieronder genoemde stoornissen.

Aanpassingstoornissen
Het uitsluiten van aanpassingsstoornissen uit het verzekerd pakket stuit op ernstige bezwaren. Aanpassingsstoornissen kunnen gepaard gaan met suïcidaliteit en vormen daarom een gevaar voor de betreffende patiënten. Dit aspect wordt ten onrechte volledig genegeerd. Behandeling van aanpassingsstoornissen in de gespecialiseerde ggz hoort terug te keren in het verzekerd pakket.

Premenstruele Stemmingsstoornis
PMSS is vastomlijnd en met behulp van een psychiatrische diagnostische test uit te vragen. Voor de diagnose van PMSS is disfunctioneren in werk of gezin een vereiste. Dit heeft maatschappelijke en economische consequenties voor patiënten zelf maar ook bijvoorbeeld, sociale omgeving waaronder eventueel kinderen en werkgevers. PMSS is duidelijke te onderscheiden van PMS, dat meer een verzamelnaam is voor allerlei klachten. Voor het vaststellen van PMSS is specialistische diagnose nodig, waarin door huisartsen niet kan worden voorzien. In de g-ggz is evidence-based behandeling voor handen. Daarom dient diagnose en behandeling in de g-ggz van PMSS opgenomen worden in het verzekerd pakket.

Verzamelstoornis
Het voorgestelde criterium voor het behandelen in de g-ggz zal in de praktijk niet zinvol blijken. De stoornis zorgt voor maatschappelijke overlast en gevaar terwijl de patiënt zelf niet snel genegen zal zijn hulp te zoeken. Verwacht mag worden dat patiënten ook via GGD en politie instromen. In die gevallen zal de huisarts weinig kunnen uitrichten. Diagnose en behandeling kunnen pas tot stand komen nadat er contact is. Daarom pleiten wij ervoor naast het genoemde ernst-criterium ook het criterium "excessief spullen verwerven" te hanteren als voorwaarde voor behandeling in de gespecialiseerde ggz.

Obsessieve-compulsieve of verwante stoornis door een middel/medicatie.
De door ZIN uitgesproken voorkeur voor behandeling op psychiatrische afdelingen van ziekenhuizen is ongefundeerd. Ggz-instellingen zijn in de regel goed geoutilleerd om zorg te verlenen. Wij zijn van mening dat behandeling in de gespecialiseerde ggz voor deze stoornis deel moet uitmaken van het verzekerd pakket
Het gemaakte onderscheid tussen somatische of andersoortige medicatie is lastig te maken. Voorts is het criterium dat g-ggz deel uitmaakt van het verzekerd pakket "mits opgenomen in de zorgketen" onduidelijk en voor zorgaanbieders, patiënten en zorgverzekeraars slecht toetsbaar.

Obsessieve-compulsieve of verwante stoornis door een somatische aandoening
De door ZIN uitgesproken voorkeur voor behandeling op psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen is ongefundeerd. Wij zijn van mening dat behandeling in de gespecialiseerde ggz voor deze stoornis deel moeten uitmaken van het verzekerd pakket.

Eetbuisstoornis
Uit onderzoek blijkt dat EBS een betrouwbare en valide diagnose is. EBS is duidelijk te onderscheiden van Obesitas. Onderzoek toont ook aan dat onder de DSM-IV-criteria sprake is van onderdiagnostiek, deze criteria zijn in DSM-5 nauwelijks aangepast waardoor er geen

gevaar is van overdiagnostiek. EBS komt vaak voor in combinatie met somatische gevolgen als gevolg van overgewicht. Onderbehandeling van EBS heeft verhoging van kosten in de somatische gezondheidszorg ten gevolg. Meest onderzochte en effectieve gebleken behandeling van EBS is cognitieve gedragstherapie. De mogelijkheden daartoe bij huisartsen of basis-ggz zijn onvoldoende intensief en niet-specialistisch. De frequentie van de eetbuien als criterium voor de benodigde zorg is een ontoereikend. De complexiteit van de stoornis en daarmee van de benodigde zorg wordt ook bepaald door de pathologie van de eetstoornis. Wij pleiten daarom voor niet alleen het genoemde ernst-criterium indicatief te laten zijn maar ook de lijdensdruk en/of invloed op het dagelijks functioneren. Dit kan ten behoeve van de benodigde transparantie gemeten worden met de WH0DAS of een ander door de huisarts te hanteren instrument.

Beperkte neurocognitieve stoornissen
Wij zijn van mening dat behandeling in de gespecialiseerde ggz deel moet uitmaken van het verzekerd pakket. De condities zoals geformuleerd in het advies zijn vaag en voor patiënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars moeilijk te toetsen. Uitgangspunt is immers een regionale situatie die per definitie fluïde is. Voor zorgaanbieders die ambiëren deze zorg ook te leveren biedt het criterium geen houvast.

Uitgebreide neurocognitieve stoornissen
Wij zijn van mening dat op basis van de huidige praktijk behandeling in de gespecialiseerde ggz deel moet uitmaken van het verzekerd pakket. In het algemeen hebben oudere patiënten die naar de specialistische ggz verwezen worden een meervoudige problematiek, waarbij uiterst moeilijk de co-morbide somatische problematiek te onderscheiden is van de psychiatrische problematiek. Ggz-instellingen hebben de afgelopen jaren geïnvesteerd om zorg op de gecombineerde problematiek te kunnen bieden en zijn daartoe goed geoutilleerd. Het risico van betrokkenheid van de g-ggz bij deze stoornissen te beperken tot diagnostiek is dat de know-how hierin voor meerdere patiëntencategorieën verdwijnt.

Niet-gespecificeerde stoornissen
Dat hier bewogen is vanwege de thematiek van de crisisopvang is goed, de beweging sluit in onze beleving nog niet goed aan bij de praktijk. Bij een crisisopvang is de clinicus is de praktijk inderdaad niet altijd in de gelegenheid om een correctie diagnose te stellen maar zal daar in de praktijk vaak ook niet toe in gelegenheid komen, als gevolg van omstandigheden die buiten zijn/haar invloedsfeer liggen. Een voorbeeld daarbij is de crisisopvang voor patiënten buiten hun woonplaats. Een eventuele vervolgbehandeling wordt dan – indien die plaatsvindt – niet bij de zorgaanbieder geboden waar de crisisopvang plaats vond. Daarnaast komt het ook voor dat patiënten niet meer terugkeren. Het naar huis laten gaan van patiënten kan nu eenmaal niet gekoppeld worden aan de voorwaarde dat zij meewerken aan een diagnose. In deze veelvoorkomende gevallen kan dus niet voldaan worden aan de voorwaarden voor vergoeding. Wij pleiten ervoor in deze gevallen toe te staan dat voor de diagnose een anders-gespecificeerde classificatie volstaat. Crisisopvang heeft een maatschappelijke betekenis, zorgaanbieders kunnen daar op deze wijze niet in voorzien.

Consultatievraag 3
Heeft u aanvullingen (op onze duiding en afbakening)?

De afbakening zoals verwoordt rond classificaties met relatie met de somatische gesteldheid van patiënten zou neutraal verwoord moeten worden in plaats van te verwijzen naar regionale situaties.

De nicotineverslaving wordt in het geheel niet genoemd terwijl zij toch levensbedreigend kan zijn.

Consultatievraag 4
Wij delen de voorkeur voor DSM-5.

Consultatievraag 5
In de communicatie rond DSM-5 moet meer nadruk gelegd worden op de positieve aspecten van DSM-5. Het gaat immers om voortschrijdend wetenschappelijk inzicht. Wij vinden dat ZIN daar een positieve bijdrage aan levert door ook op te merken dat DSM-V juist ondersteunt bij het tegengaan van medicalisering.

Consultatievraag 6
Voorkeur psychiatrische poliklinieken
De voorkeur die door ZIN wordt uitgesproken in het concluderende samenvattende hoofdstuk voor behandeling bij psychiatrische poliklinieken is ongefundeerd. Als onderbouwing voor die voorkeur van het ZIN wordt aangevoerd dat de verbinding met de somatische zorg van groot belang is bij behandeling van de betreffende stoornissen. Die noodzakelijke verbinding kan ook andere geëigende wijzen tot stand komen dan onderdeel zijn van een algemeen ziekenhuis. Ggz-instellingen hebben hierop geïnvesteerd zijn daar goed voor geoutilleerd. Het uitspreken van deze voorkeur moet daarom geschrapt worden uit het advies.
Daarnaast is het op deze manier uitspreken van een voorkeur strijdig met de vigerende systematiek van functionele aanspraken waarin immers alleen het “wat” van de aanspraak wordt vastgesteld en het “hoe” en het |”waar” aan het veld wordt overgelaten. Dat is dus iets voor patiënten, zorgverzekeraars en zorgaanbieders maar niet voor het ZIN.

Somatische medicatie
Ook wordt in het concluderende hoofdstuk een voorkeur uitgesproken voor behandeling in PAAZ-en van stoornissen als gevolg van bijwerkingen van somatische medicatie. Deze voorkeur wordt niet verder toegelicht. Het verschil tussen somatische en andere medicatie is in de praktijk niet te maken. Ook hier geldt dat de noodzakelijke geachte verbinding ook anders te leggen is. Deze uitspraak dient ook geschrapt te worden.

Wij vinden temeer dat het uitspreken van deze voorkeur in de toekomst kan leiden tot discussies tussen verzekeraars, zorgaanbieders en patiënten over de aanspraak op het verzekerde pakket en zal daarin als afbakening van het verzekerd pakket een contraproductieve bijdrage hebben.

Ingangsjaar 2015
Het advies lijkt uit te gaan van invoering in 2015. Wij vinden dit ongelukkig omdat de samenstelling van het verzekerd pakket voor 2015 al is vastgesteld. Handhaving van deze ingangsdatum in het advies kan verwarring veroorzaken bij patiënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Wij willen daarom de aanbeveling doen om de aanduiding van een kalenderjaar te schrappen. Ook omdat nu niet vast te stellen is in welk kalenderjaar de implementatie van DSM 5 afgerond zal zijn. Dat is één van de basisvoorwaarden om voor het onderhavig advies te operationaliseren. Een pakketafbakening op basis van DSM 5 terwijl in de praktijk met productdefinities op basis van bijvoorbeeld DSM-IV gewerkt wordt is een onwerkbare situatie.

Met vriendelijke groet,

ir. P.M. van Rooij,
directeur.

Beste M.,

Op de valreep nog een korte reactie namens de VAGZ (zie bijgaande mail), via de mail, op het consultatiedocument DSM 5.

De afbakening van "nieuwe" DSM 5 stoornissen is akkoord. Overigens worden in de samenvatting niet alle voorstellen genoemd (voor de volledigheid: akkoord met de voorstellen zoals omschreven op pagina 15 t/m 22). Een opmerking hierbij de eetbuistoornis (binge eating disorder) was al opgenomen in het pakket onder de eetstoornissen NAO (werd hier ook specifiek genoemd). Het is overigens een prima zaak dat de aanspraak nu beperkt wordt tot ernstige en zeer ernstige eetbuistoornissen.
Wat betreft de keuze voor DSM 5 of ICD 10. In principe klopt het dat de DSM 5 gedetailleerder is (en dus meer mogelijkheden biedt m.b.t. specificeren), maar de ICD is een meer internationaal geaccepteerde classificatie. Omdat over enkele jaren de ICD-11 verschijnt en hierbij de zorgvraagzwaarte indicator beter aansluit, is het misschien wel zinvol deze verandering af te wachten. Indien gewacht wordt op de ICD-11 dan zou tot die tijd in ieder geval de aanspraak op geneeskundige GGZ voor de eetbuistoornis moeten worden verduidelijkt (alleen geneeskundige GGZ indien ernstig of zeer ernstig).

Met vriendelijke groeten,

Sjaak Verduijn, arts Beleid & Advies
namens de VAGZ

Geachte mevrouw K.,

Nog in aanvulling op de opmerkingen van Sjaak deze email. Een kleine omissie van onze kant (is afgestemd met Sjaak) is dat wij wel commentaar hebben op de conclusie bij de paragraaf "Andere Gespecificeerde Stoornis"
p23

Conclusie in het document is nu: "Wij zijn van oordeel dat de classificatie "Andere gespecificeerde …… stoornis" alleen gebruikt mag worden in uitzonderingsgevallen. Mocht er gebruik van gemaakt worden, dan dient dit gepaard te gaan met nadere uitleg in het dossier, zodat de zorgverzekeraar op een efficiënte wijze controle kan uitoefenen."

Deze diagnose kan worden gesteld bij alle Hoofdstukken. Voorbeelden van wat zal worden toegelaten is bijvoorbeeld de diagnose "Andere gespecificeerde voedings- of eetbuistoornis" met als criteria: eetbuistoornis met lage frequentie en/of beperkte duur; purgeerstoornis: herhaaldelijk purgeren; Of de diagnose "Andere gespecificeerde aandachtsdeficientie- hyperactiviteitsstoornis". Bij deze diagnoses en de voorgestelde duiding wordt het toetsen op verzekerde zorg lastig, ook met nadere uitleg in het dossier. Het gaat dan over toetsen van lijdensdruk of beperkingen in het sociaal functioneren waarbij niet aan alle DSM-criteria (en daarmee de duidingen/beperkingen zoals nu voorgesteld) hoeft te worden voldaan.

Met vriendelijke groet,

Yvonne van Pareren

Mevr.dr. Y.K. van Pareren
Adviserend geneeskundige
Arts Maatschappij en Gezondheid

DSW Zorgverzekeraar

Met deze brief reageren we op het Consultatiedocument DSM-5 van Zorginstituut Nederland, waarin de gevolgen van de invoering van DSM-5 op de vergoeding van psychische stoornissen wordt besproken. Op p. 23 van dit document staat volgende passage over de vergoeding van andere gespecificeerde stoornis:

Het uitsluiten van de classificatie kan ertoe leiden dat in incidentele gevallen waar een behandelaar van oordeel dat er behandeling nodig is, terwijl toch niet geheel aan de classificatie wordt voldaan, hij in de situatie wordt gebracht om een specifieke classificatie te registreren die wel onder de aanspraak geneeskundige GGZ valt. Dat vinden wij onwenselijk. Wij zijn van oordeel dat de classificatie "Andere gespecificeerde …… stoornis" alleen gebruikt mag worden in uitzonderingsgevallen. Mocht er gebruik van gemaakt worden, dan dient dit gepaard te gaan met nadere uitleg in het dossier, zodat de zorgverzekeraar op een efficiënte wijze controle kan uitoefenen.

Net boven deze passage staat op dezelfde pagina dat overwogen werd/wordt om met uitzondering van Andere Gespecificeerde Psychotische stoornis de diagnose 'Andere Gespecificeerde … stoornis' uit te sluiten van te verzekeren geneeskundige GGZ.

Ten aanzien van Andere Gespecificeerde Persoonlijkheidsstoornis brengen we u het volgende onder de aandacht:

1. De Andere Gespecificeerde Persoonlijkheidsstoornis vervangt in DSM-5 de Persoonlijkheidsstoornis Niet Anderszins Omschreven uit DSM-IV. Deze categorie behoort bij de meest gestelde diagnoses van persoonlijkheidsstoornissen op basis van goed uitgevoerd wetenschappelijk onderzoek (Verheul & Widiger, 2004; Verheul,Bartak & Widiger, 2007). 8-13% van een klinische steekproef voldoet aan de criteria van deze persoonlijkheidsstoornis en tussen 21 en 49% van de cliënten met een persoonlijkheidsstoornis krijgt de diagnose PS NAO. In 2^{e} en 3^{e} lijn GGz loopt de prevalentie op tot minstens 1 op 5 cliënten (Verheul, Bartak & Widiger, 2007). Het gaat dus om een frequent voorkomende aandoening.

2. De symptomatische en functionele last van mensen met een Persoonlijkheidsstoornis NAO is groter dan die van mensen met enkel een (DSM-IV) as-1 stoornis en vergelijkbaar met de last van mensen met een specifieke persoonlijkheidsstoornis (Coccaro, Nayyer & McCloskey, 2012).De kwaliteit van leven van mensen met een persoonlijkheidstoornis NAO ligt op het niveau van chronische somatische aandoeningen zoals diabetes mellitus en collitis ulcerosa. Het gaat dus om een ernstige aandoening, waarvoor behandeling aangewezen is.

3. De diagnose Persoonlijkheidsstoornis NAO / Andere Gespecificeerde Persoonlijkheidsstoornis veronderstelt dat wordt voldaan aan de algemene criteria van een persoonlijkheidsstoornis. In veruit de meeste gevallen wordt verder voldaan aan diverse specifieke trekken, zonder dat deze passen binnen een specifiek type ('gemengde persoonlijkheidsstoornis'). Dat de duurzame persoonlijkheidspatronen in heel wat gevallen niet passen binnen een specifiek type heeft te maken met het vaak aangehaalde gebrek aan validiteit van het huidige classificatiesysteem voor persoonlijkheidsstoornissen (o.m. Skodol et al., 2011). Het gaat dus niet om onzorgvuldigheid van de diagnosticus en dus ook niet om onvolledige dataverzameling.

4. Voor de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen beveelt de Multidisciplinaire Richtlijn bewezen effectieve vormen van psychotherapie, die behoren tot de specialistische zorg, aan (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2008). Vooralsnog is er enkel evidentie dat voldoende langdurige behandelingen duurzame effecten sorteren in de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen (Stoffers et al., 2012)

Samengevat denken wij dat er voldoende evidentie is om de classificatie van Andere Gespecificeerde Persoonlijkheidsstoornis niet uit te sluiten van vergoeding. Bovendien menen we dat er voldoende evidentie is dat het niet gaat om uitzonderlijke gevallen, om een incidenteel gestelde diagnose, noch gaat het om “luie clinici” die over te weinig informatie beschikken en dus hun huiswerk niet hebben gedaan. Andere Gespecificeerde Persoonlijkheidsstoornissen vormen veel voorkomende en ernstige aandoeningen, die een vergelijkbare last veroorzaken en een vergelijkbare behandeling nodig hebben als andere persoonlijkheidsstoornissen.

Utrecht, 14 november 2014

Dr Ad Kaasenbrood
Dr Joost Hutsebaut
Kenniscentrum Persoonlijkheidsstoornissen

Postbus 725
3500 AS Utrecht

E-mail: nbunningen@trimbos.nl, T: 030-2971100

Referenties

Coccaro, E.F., NAyyer, H. & Mc Closkey, M.S. (2012). Comprehensive Psychiatry, 53(7), 907-914.

Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ (2008). Multidisciplinaire richtlijn persoonlijkheidsstoornissen. Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van volwassen patiënten met een persoonlijkheidsstoornis. Utrecht: Trimbos-instituut.

Skodol, A.E., Clark, L.A., Bender, D.S., Krueger, R.F., Morey, L.C., Verheul, R., Alarcon, R.D., Bell, C.C., Siever, L.J., & Oldham, J.M. (2011). Proposed changes in Personality and Personality Disorder Assessment and Diagnosis for DSM-5. Part I Description and rationale. Journal of Personality Disorders: Theory, Research and Treatment, 2(1), 4-22.

Stoffers, J.M., Völlm, B.A., Rücker, G., Timmer, A., Huband, N., Lieb, K.(2012). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 8. Art. No.: CD005652. DOI: 10.1002/14651858.CD005652.pub2.

Verheul, R. & Widiger, T.A. (2004). A meta-analysis of the prevalence and usage of the Personality Disorder Not Otherwise Specified (PDNOS) diagnosis. Journal of Personality Disorders, 18 (4), 309-319.

Verheul, R., Bartak, A. & Widiger, T.A. (2007). Prevalence and construct validity of Personality Disorder Not Otherwise Specified (PDNOS). Journal of Personality Disorders, 21 (4), 359-370.

Zorginstituut Nederland
T.a.v. mw. mr. M.E.K

Utrecht, 14 november 2014

Betreft: reactie op consultatiedocument DSM-5

Geacht mevrouw K.,

Graag maken wij gebruik van de gelegenheid te reageren op uw consultatiedocument '*Gevolgen van de DSM-5 voor de te verzekeren GGZ*'. De ondertekenaars van deze brief vertegenwoordigen met elkaar de overgrote meerderheid van de circa tien duizend overwegend BIG-geregistreerde psychologen en pedagogen die als academisch opgeleid professional binnen de GGZ werkzaam zijn. Als beroepsverenigingen zetten wij de standaard voor doelmatige en effectieve zorg binnen de sector en behartigen wij de belangen van zowel vrijgevestigde zorgaanbieders als psychologen in loondienst.

Algemeen over de DSM-5 en de rol van het Zorginstituut
Als eerste willen we onze waardering uitspreken voor de wijze waarop het Zorginstituut Nederland de handschoen oppakt om de impact van de DSM-5 voor het verzekerde pakket te bepalen. Met de Nederlandse vertaling is de DSM-5 in Nederland een feit en zullen zorgaanbieders in de nabije toekomst hier mee gaan werken. Dit vraagt om een weloverwogen advies over de gevolgen hiervan voor het verzekerd pakket door een onafhankelijke partij.

Wij hebben in de aanloop van dit advies al onze reacties gegeven op het adviesrapport deel 2 in 2013 over de verzekerde G-GGZ opgesteld door uw rechtsvoorganger het CvZ. De standpunten van onze verenigingen verwoord in deze reacties gelden nog steeds. Ook waren wij betrokken in de mondelinge consultaties die u in de loop van 2014 met de veldpartijen heeft gevoerd over de gevolgen van DSM-5 voor de afbakening van het verzekerde pakket GGZ. In deze reactie sluiten we aan op de daarbij al ingebrachte zienswijze.
In deze brief gaan wij in op de zoor u gestelde consultatievragen en geven we, indien nodig, aanvullende opmerkingen op de tekst van het advies. Daarbij geven we graag constructieve suggesties voor gestelde dilemma's.

I. Hoofdstuk 2 / consultatievraag 1

In hoofdstuk 2 van uw consultatiedocument worden de te verzekeren aanspraken gedefinieerd. Naar aanleiding hiervan hebben wij de volgende opmerkingen.

1. Omschrijving Besluit zorgverzekering

Zoals ook reeds betoogd in onze reactie van vorig jaar, is de formulering van de aanspraak in het Besluit zorgverzekering inadequaat als het gaat om psychologische zorg. De formulering 'zorg zoals huisartsen, klinisch psychologen, medisch specialisten en verloskundigen (…) die plegen te bieden' dateert uit de tijd dat het begrip 'klinisch psycholoog' gebruikt werd ter aanduiding van alle psychologische professionals die werkzaam zijn in de zorg. Inmiddels is de titel 'klinisch psycholoog' echter een specifieke beroepstitel, voorbehouden aan gz-psychologen die zijn ingeschreven in het betreffende specialistenregister ex. art. 14 wet-BIG. Door deze betekeniswijziging sluit de formulering in het Besluit Zorgverzekering niet meer aan bij de praktijk van de GGZ, waarin het overgrote deel van het werk wordt verricht door gz-psychologen en psychotherapeuten; dit zijn zelfstandige professionals met een eigen taak- en deskundigheidsgebied, dat niet gesubsumeerd kan worden onder de zorg die klinisch psychologen bieden. Daarnaast kent de gezondheidszorgpsychologie naast de klinisch psychologie inmiddels al bijna tien jaar een tweede specialisme, de klinische neuropsychologie, eveneens met een eigen taak- en deskundigheidsgebied.
Mede door de invoering van de Generalistische Basis GGZ en de herstructurering van de gespecialiseerde GGZ ontstaat een toenemende taakdifferentiatie tussen het werk van gz-psychologen, psychotherapeuten en klinisch psychologen. Wij willen er dan ook nogmaals op aandringen de wetgever te adviseren de formulering van het Besluit Zorgverzekering te herzien in het licht van de ontwikkeling van de psychologische beroepenstructuur. Onze suggestie is hierbij aan te sluiten bij de terminologie van de wet BIG, zoals deze onder andere ook in de discussie over het hoofdbehandelaarschap wordt gehanteerd.

2. Handhaving eerdere inperkingen geneeskundige GGZ

In de discussie over uw rapport Geneeskundige GGZ deel II uit 2013 hebben wij uitvoerig beargumenteerd waarom wij bezwaar hebben tegen de inperkingen van de aanspraak op geneeskundige GGZ. Dit betreft onder andere de beperkingen tot 'stoornissen' en de uitsluiting van een aantal stoornissen, in het bijzonder de specifieke enkelvoudige fobieën, de seksuele stoornissen, aanpassingsstoornissen en werk- en relatieproblematiek.
Wij kunnen er begrip voor opbrengen dat de invoering van de DSM-5 voor u geen aanleiding is om deze eerdere vastgestelde inperkingen van de aanspraak op geneeskundige GGZ te heroverwegen. Wij willen er echter wel met kracht pleiten voor een onderzoek naar de effecten en neveneffecten van deze inperkingen. Uit de praktijk bereiken ons diverse signalen die erop wijzen dat de inperkingen ten koste gaan van de kwaliteit van de zorg, en niet per definitie leiden tot de beoogde vermindering van de kosten van de GGZ:

- huisartsen en POH's GGZ zijn niet geëquipeerd voor de behandeling van specifieke enkelvoudige fobieën;
- de beperking tot 'stoornissen' leidt er enerzijds toe dat klachten onnodig lang onbehandeld blijven, met als gevolg onnodig individueel lijden en hogere

maatschappelijke kosten, onder andere als gevolg van ziekteverzuim. Anderzijds leidt het tot een onnodige medicalisering en stigmatisering, omdat het professionals aanmoedigt waar mogelijk een stoornis te diagnosticeren.

- het beleggen van de zorg bij seksuele stoornissen bij de huisarts en de medisch specialistische zorg leidt tot een inadequaat zorgaanbod: huisartsen zijn hiervoor onvoldoende geschoold, en ook in veel ziekenhuizen ontbreekt de hiervoor benodigde expertise. De kosteneffectiviteit hiervan is bovendien zeer problematisch: medisch-specialistische zorg is in de regel vele malen duurder dan zorg in de G-GGZ. Hierbij laten we de maatschappelijke kosten van ontoereikende zorg nog buiten beschouwing. Om deze reden pleiten wij met kracht voor heropname van behandeling van deze stoornissen in de verzekerde G-GGZ.
- de uitsluiting van werk- en relatiegerelateerde problematiek en van V-codes is willekeurig en ongefundeerd. De resulterende onderbehandeling van deze aandoeningen leidt tot hoge maatschappelijke kosten.

Wij onderschrijven van harte de rol van de huisartsenzorg als poortwachter tot de GGZ en als de plaats waar lichte en/of beginnende psychische aandoeningen als eerste beoordeeld kunnen worden. In veel gevallen kan met een vroegtijdige interventie verergering worden voorkomen en staat de cliënt weer snel op eigen benen. Als de klachten echter persisteren en niet vanzelf over gaan is de huisartsenzorg ontoereikend en dient doorverwijzing naar de GGZ plaats te vinden, ongeacht de (vermoedelijke) classificatie. Hetzelfde geldt voor de behandeling van aan somatische aandoeningen gebonden stoornissen. Het gaat er om zorg op maat te bieden door de daartoe toegeruste professional.

In zijn algemeenheid willen wij erop wijzen dat de GGZ tot de meest kosteneffectieve vormen van zorg behoort: de kosten ervan zijn beperkt, en de maatschappelijke opbrengsten in termen van vermindering van arbeidsuitval etc. zijn groot. In gewoon Nederlands: geestelijke gezondheidszorg kost geld, maar de maatschappelijke kosten van onverstandig inperken van de aanspraak op GGZ zijn vele malen hoger.
(terzijde merken wij op dat ook de veronderstelling die ten grondslag ligt aan de inperking van het pakket in toenemende mate problematisch is. In 2013 wezen wij er reeds op dat van de vermeende exces-groei van de GGZ geen sprake is. Dit wordt bevestigd door het recente NZa-overzicht van de Stand van de zorgmarkten 2014, waaruit blijkt dat er sinds 2012 sprake is van een daling van de kosten van de GGZ met ca. 8 procent).[1]
In dit licht willen wij erop aandringen dat het ZorgInstituut in zijn rol als onafhankelijk adviseur van de Minister een onderzoek entameert naar de gevolgen van de bovengenoemde inperkingen van de aanspraak op G-GGZ, zowel voor de kwaliteit en effectiviteit van zorg als voor de maatschappelijke kosten van het niet, te laat of inadequaat behandelen van psychische aandoeningen.

3. Consultatie door huisarts (2.2.1.1)

In de paragraaf over het huisartsenkader wordt gememoreerd dat de huisarts de mogelijkheid heeft om een psychiater, psychotherapeut of klinisch psycholoog te consulteren. We stellen voor hier de gz-psycholoog en de klinisch neuropsycholoog aan toe te voegen.

[1] NZa, Stand van de zorgmarkten 2014, zie p. 26 en p. 52. De kosten in 2013 waren 3% lager dan in 2012, voor 2014 worden een verdere kostendaling verwacht van 4.3 miljard naar 4.1 miljard euro (-5%).

- De gz-psycholoog in de Basis GGZ is bij uitstek de eerstaangewezen professional om op kosteneffectieve wijze de huisarts te adviseren bij de diagnostiek, indicatiestelling en behandeling van psychische klachten in de huisartsenpraktijk.
- de klinisch neuropsycholoog beschikt over een specifieke eigen expertise inzake neurocognitieve stoornissen.

II. Wijzigingen in aanspraken ten gevolge van DSM-5/ consultatievragen 2 en 3

Ten aanzien van de specifieke wijzigingen die u voorstelt in verband met de invoering van de DSM-5 de volgende opmerkingen.

1. Algemeen

1. Op verschillende plaatsen spreekt u van een (beperkte) uitbreiding van pakket geneeskundige zorg als gevolg van de toevoeging van nieuwe stoornissen. Dit berust op een misverstand. De ernstige verzamelstoornis, ernstige excoriatiestoornis en ernstige en zeer ernstige eetbuistoornis worden ook nu reeds behandeld, als onderdeel van de zorg bij (ernstige) obsessieve-compulsieve stoornissen, obsessieve-compulsieve persoonlijkheidsstoornis, impulscontrolestoornis en de eetstoornis NAO. Van een uitbreiding van het verzekerd pakket is dus geen sprake.
2. Thans wordt geprobeerd de aanspraak op verzekerde zorg af te bakenen aan de hand van afzonderlijke in de DSM-5 onderscheiden stoornissen. Wij willen adviseren dit te heroverwegen, en bij de afbakening de hoofdcategorieën uit de DSM-5 als uitgangspunt te nemen. De onderverdeling in specifieke stoornissen is vooral voor de behandeling van belang, en is voor de afbakening van verzekerde zorg minder relevant en bruikbaar.
3. Bij de bepaling van de aanspraak op verzekerde zorg zouden wij nadrukkelijk ook de lijdensdruk en het niveau van (dis)functioneren mee willen wegen. Dit is in lijn met hedendaagse inzichten over de behandeling van ernstige psychiatrische aandoeningen, zoals onder andere geformuleerd in het rapport 'Over de brug. Plan van aanpak voor de behandeling, begeleiding en ondersteuning bij ernstige psychische aandoeningen' dat onlangs door minister Schippers werd aangeboden aan de Tweede Kamer.[2] Hierbij zou bij voorbeeld de WHO-DAS-score een rol kunnen spelen.

2. Disruptieve stemmingsdisregulatie-stoornis (3.4.2)

De stelling dat deze classificatie niet voorkomt na het 18de jaar is onjuist, zoals wij ook reeds op de consultatiebijeenkomst hebben aangegeven. Het initieel gebruik van deze classificatie is beperkt tot jeugdigen tussen de 6 en 18 jaar. Eenmaal vastgesteld, kan deze stoornis echter ook na het 18de levensjaar voortduren. Ons inziens kan hierbij ook GGZ zorg geïndiceerd zijn.

[2] Over de brug. Plan van aanpak voor de behandeling, begeleiding en ondersteuning bij ernstige psychische aandoeningen. Kenniscentrum Phrenos, 2014.

3. Premenstruele stemmingsstoornis (3.4.3)

Wij vinden het onverantwoord om deze stoornis uit te sluiten van G-GGZ. Het betreft een wetenschappelijk erkende stemmingsstoornis met een complex beeld, die zeker niet in alle gevallen adequaat door de huisarts kan worden behandeld. Wij pleiten voor behandeling van ernstige en zeer ernstige premenstruele stoornissen in de GGZ.

4. Excoriatiestoornis (3.4.5)

U stelt voor de aanspraak op deze zorg te beperken tot situaties waarin sprake is van ernstige lichamelijke complicaties. Wij menen dat deze inperking niet onderbouwd en niet zinvol is. Het criterium 'ernstige lichamelijke complicaties' staat niet in de DSM-5.[3] Toevoeging van dit criterium maakt tijdige behandeling van deze stoornis vóórdat deze leidt tot ernstige lichamelijke complicaties (en de daarbij behorende kosten) onmogelijk. Wij wijzen er hierbij op dat excoriatiestoornissen en verzamelstoornissen in de DSM-IV ook al vielen onder de obsessief-compulsieve stoornissen en daarmee onder het verzekerde pakket.

5. Eetbuistoornissen (3.4.8)

De beperking om deze zorg alleen te vergoeden bij (zeer) ernstige stoornissen is vermoedelijk bedoeld om obesitas uit te sluiten. We vinden de ondergrens van minimaal 8 eetbuien per week echter willekeurig en te beperkt. Minstens zo belangrijk als het aantal eetbuien zijn factoren zoals controleverlies, emotieregulatie en de keuze van wat men eet.

6. Beperkte en uitgebreide neurocognitieve stoornissen (3.4.14 en 3.4.15)

Wij onderschrijven de stelling dat hier bij voorkeur sprake moet zijn van zorg die is ingebed in een zorgketen. Tegelijkertijd moet geconstateerd worden dat deze zorgketens nog niet overal adequaat tot ontwikkeling zijn gekomen. In die situatie blijkt gespecialiseerde klinisch-neuropsychologische hulpverlening in de G-GGZ vaak een belangrijke aanvulling op somatische zorg. Dit geldt bij voorbeeld bij cognitieve stoornissen anders dan dementie in combinatie met psychische klachten (na CVA, na trauma etc.). In ziekenhuizen wordt deze zorgvraag vaak pas laat onderkend, vaak nadat eerst een (duur en ineffectief) traject bij de neuroloog is doorlopen. Ook binnen de revalidatiezorg is hiervoor vaak geen plaats, omdat het 'uitbehandelde' patiënten betreft. G-GGZ door gespecialiseerde klinisch-neuropsychologische zorgverleners kan in deze situatie een kosteneffectieve aanvulling bieden. Wij stellen dan ook voor de formulering '(indien onderdeel van zorgketen)' te vervangen door '(bij voorkeur als onderdeel van zorgketen)'.

7. Andere gespecificeerde stoornis (3.5.1)

1. U stelt dat deze classificatie alleen gebruikt mag worden in uitzonderingsgevallen. Wij kunnen dit niet onderschrijven. Uiteraard zal waar mogelijk gebruik moeten worden gemaakt van een van de in DSM-5 genoemde specifieke classificaties. Maar met name bij persoonlijkheidsstoornissen is relatief vaak sprake van zeer duidelijk lijden met symptomen op meerdere gebieden, zonder dat aan alle criteria van een specifieke stoornis voldaan wordt.

[3] In de DSM 5.0 geeft criterium C aan dat er sprake moet zijn van klinisch significante lijdensdruk of beperkingen in het functioneren. Dit sluit aan bij wat wij hierboven opmerkten over het belang van het niveau van (dis)functioneren en lijdensdruk.

2. U stelt: 'Mocht er gebruik gemaakt worden [van deze classificatie], dan dient dit gepaard te gaan met nadere uitleg in het dossier, zodat de zorgverzekeraar op een efficiënte wijze controle kan uitoefenen.' Deze formulering geeft ruimte voor misverstanden. Uiteraard dient het gebruik van deze classificatie beargumenteerd te worden in het dossier. Het kan echter niet zo zijn dat het gebruik van deze classificatie de zorgverzekeraar automatisch het recht geeft op inzage in het dossier. Dit zou een inbreuk zijn op de privacy, die zich niet verdraagt met de uitgangspunten en regels voor materiële controle.

8. Ongespecificeerde stoornis (3.5.2)

Wij kunnen ons vinden in de opvatting dat deze classificatie alleen als voorlopige classificatie aanspraak geeft op verzekerde zorg. De formulering 'deze classificatie kan geen eindclassificatie zijn' vinden wij echter problematisch. Immers: dit zou betekenen dat in situaties waarin de patiënt uit zorg gaat (bij voorbeeld als gevolg van no show) voordat de eindclassificatie kan worden gesteld, geen vergoeding mogelijk is. Er zou een uitzondering moeten zijn als er nog sprake is van een diagnostische fase.

9. Psychische factoren die somatische aandoeningen beïnvloeden (3.5.3)

Hier is sprake van een onjuiste interpretatie van de DSM-5. Er is hier nadrukkelijk sprake van meer dan 'niet goed lukken van omgaan met de aandoening'. Van deze classificatie is sprake als (a) er sprake is van een somatische aandoening en (b) psychische factoren het somatisch probleem verergeren, het herstel vertragen, interfereren met de behandeling, leiden tot aantoonbare gezondheidsrisico's, of de onderliggende pathofysiologie beïnvloeden).

III. DSM-5 of ICD-10/11 (consultatievragen 4-6)

- Zoals eerder uitvoerig uiteengezet vinden wij het gebruik van een classificatie-instrument als de DSM IV, DSM-5 of ICD 10/11 te beperkt en gevaarlijk als basis voor de definitie van verzekerde zorg. Uw standpunt is dat er binnen de G-GGZ geen betere systematiek is. In dit opzicht verschilt de G-GGZ echter niet van de somatische/medisch-specialistische zorg. Wij zien dan ook niet in waarom dit zou moeten leiden tot de keuze voor een inadequaat instrument, dat ertoe leidt dat vormen van psychisch lijden en daaruit volgend maatschappelijk disfunctioneren op grote schaal worden uitgesloten van behandeling.
- Indien desalniettemin gekozen wordt voor een classificatie-instrument als basis voor de afbakening van verzekerde zorg, onderschrijven wij de opvatting dat de DSM-5 de voorkeur verdient boven de DSM IV en de ICD-10, om de redenen die u in uw consultatiedocument noemt.
- Wij onderschrijven uw oproep aan de beroepsgroep om voorstellen te doen voor een betere grondslag voor de bepaling van te verzekeren zorg. Momenteel wordt reeds hard gewerkt aan een zorgzwaartemodel, in een gezamenlijk project van beroepsgroepen, brancheorganisaties en zorgverzekeraars. Uitgangspunt zijn daarbij naast DSM-classificaties ook lijdensdruk en niveau van maatschappelijk functioneren. Wij hopen in de nabije toekomst het initiatief nemen om langs dezelfde lijnen een alternatief te ontwikkelen voor de afbakening van verzekerde zorg.

IV. Overige punten

- Het consultatiedocument handelt terecht alleen over G-GGZ voor volwassenen. Het ligt echter voor de hand dat het standpunt van ZINL hieromtrent ook gevolgen zal hebben voor het beleid van gemeenten ten aanzien van de jeugdzorg. Naar verwachting zullen gemeenten ZINL volgen in hun afbakening van jeugd-GGZ die voor vergoeding in aanmerking komt. In dat verband achten wij het van belang dat ZINL duidelijk aangeeft in welk opzicht de hier voorgestelde afbakening van verzekerde zorg wel en niet bruikbaar is als richtsnoer voor gemeenten. Daarbij moet nadrukkelijk ook rekening gehouden worden met de verschillen tussen jeugdigen en volwassenen.
- Een punt van aandacht is de implementatiedatum van de nieuwe afbakening van verzekerde zorg. Enerzijds is het van belang dat deze zoveel mogelijk synchroon loopt met de implementatie van de DSM-5 in de zorgpraktijk. Anders ontstaat de ongewenste situatie dat zorgprofessionals twee classificatiesystemen naast elkaar moeten gebruiken. Anderzijds dient gewaakt te worden voor administratieve en infomatietechnologische chaos als gevolg van overhaaste invoering van de DSM-5 als basis voor de afbakening van verzekerde zorg.

Wij vertrouwen erop dat u onze overwegingen betrekt bij de definitieve vaststelling van uw advies.

Hoogachtend,

mede namens de NVO, de VGCt, de Vereniging EMDR Nederland en de NVVS,

Drs. J.C.M. van Eck,
Directeur NIP

Prof.dr. M.J.P.M. Verbraak, klinisch psycholoog
Voorzitter NVGzP

Reactie Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) op het
Consultatiedocument DSM-5, gevolgen voor het pakket

Consultatievraag 1 (pagina 11 consultatiedocument)
Hebt u aanvullingen op onze beschrijving van de te verzekeren aanspraken?

Partner relatie therapie valt ook niet meer onder de Zvw verzekerde zorg. Deze staat niet bij de opsomming genoemd.

Consultatievraag 2 (pagina 26 consultatiedocument)
Deelt u onze duiding en afbakening? Zo nee, welke stoornissen niet en waarom?

Ja

Consultatievraag 3 (pagina 26 consultatiedocument)
Hebt u aanvullingen?

Nee

Consultatievraag 4 (pagina 30 consultatiedocument)
Deelt u de voorkeur voor het gebruik van de DSM-5 boven de ICD-10 voor de uitleg van de aanspraken op te verzekeren zorg?
Zo nee, waarom niet?

V&VN kiest voor een genuanceerd antwoord. Antwoorden als 'nee' en 'ja' doen onvoldoende recht bij dit vraagstuk.
Enkele overwegingen:

- Taal is essentieel. Hoe begrijpen we (zowel zorgprofessionals onder elkaar alsook patiënten en andere betrokkenen) elkaar en wat verstaan we onder bepaalde verschijnselen. Dit pleit voor een eenduidige keuze voor een classificatiesysteem of goede 'mapping' van verschillende systemen.
- Zowel de DSM als de ICD zijn niet bedoeld als financieringssystematiek, maar als duiding van voorkomende symptomen. Het consultatiedocument lijkt erop gericht te zijn om te komen tot een eenduidige financieringsmethodiek. Per definitie schiet elk inhoudelijk classificatiesysteem hierin tekort, omdat zij een ander doel voorstaan, namelijk taal geven aan observeerbare verschijnselen.
- De huidige ontwikkeling in de gezondheidszorg gaat ervan uit dat niet al het 'afwijkende' gedrag *ziek* is of *zorg* vraagt, maar dat het paradigma eerder uit moet gaan van *gezond* en *gedrag.* Of zoals dat mooi verwoord staat in het consultatiedocument: 'niet alles is direct ziek, maar zijn *maatschappelijke of gedragsmatige varianten*'. V&VN is van mening dat de DSM V uit gaat van het concept ziek/zorg (ZZ) en dat gedrag al snel als afwijkend gelabeld

kan worden en daarmee een zorgvraag initieert. Dat lijkt in tegenspraak met de huidige trend in de Nederlandse gezondheidszorg.

- Zorg is per definitie multidisciplinair. De tijd dat één professional alles weet (als die al heeft bestaan) ligt achter ons. Dit gegeven vraagt van een classificatiesysteem dat daar ook oog voor is. De ICD 10 biedt hier meer ruimte voor.
- De schotten tussen de sectoren zullen meer en meer vervagen. Daarom is het goed dat er een classificatiesystematiek is die daar oog voor heeft. Ook dit zou pleiten voor de ICD-10

Concluderend stelt V&VN zich op het volgende standpunt:

1- Zorgprofessionals zijn zelf in staat om te kiezen voor de DSM V en/of de ICD 10. Beiden hebben voor- en nadelen. Het moet altijd gaan om de professionele motivatie naar de patiënt rekening houdend met proportionaliteit en zijn context.
2- V&VN realiseert zich dat er ook financiële belangen zijn en dat de financieringssystematiek helderheid vraagt over de behandeling in de gezondheidszorg.

Daarom stelt V&VN voor om nu inderdaad te kiezen voor DSM V, maar gelijktijdig gesprek te organiseren met alle betrokken partijen en geïnitieerd door het Zorginstituut om gestructureerd na te denken over een passende classificatie die recht doet aan inhoudelijke en financiële belangen.

Consultatievraag 5
Wij kiezen ervoor de DSM-5 ondanks de genoemde kritiekpunten, toch te hanteren.
Heeft u suggesties hoe, gegeven die keus, om te gaan met de kritiekpunten?
In het consultatiedocument wordt de terechte conclusie getrokken dat geen enkel classificatiesysteem feilloos is. Tegelijkertijd moet er toch gekozen worden en lijkt de DSM V voorhanden te liggen.
Vanuit het financieringsvraagstuk is dat helder. Toch doen we de realiteit tekort en verdient het een aanbeveling om gesprek te organiseren tussen zorgprofessionals en zorgverzekeraars. Dat gesprek zou, volgens V&VN, moeten gaan over 'hoe labelen we afwijkend gedrag en zorgbehoefte proportioneel, uniform en multidisciplinair'.

Een andere suggestie is om door middel van multidisciplinaire zorgstandaarden te werken aan de betekenis van lijdensdruk en mate van disfunctioneren als onderdeel van het beantwoorden aan de zorgbehoefte van een doelgroep patiënten. Dit zou kunnen leiden tot meer oriëntatie op gezonde en sterke kanten in de behandeling van patiënten met psychiatrische stoornissen waarop met name verpleegkundige discipline haar interventies kiest.

Consultatievraag 6
Hebt u nog aanvullingen?

Dank voor deze geboden gelegenheid en ook dat het zorginstituut het initiatief heeft genomen om over dit onderwerp het gesprek aan te gaan.

Nederlandse
Zorgautoriteit

Zorginstituut Nederland
T.a.v. mr. M.E. K

Newtonlaan 1-41
3584 BX Utrecht

Postbus 3017
3502 GA Utrecht

T 030 296 81 11
F 030 296 82 96
E info@nza.nl
I www.nza.nl

Behandeld door	Telefoonnummer	E-mailadres	Kenmerk
		vragencure@nza.nl	0106929/0149279

Onderwerp
Reactie consultatie gevolgen DSM-5 voor het verzekerd pakket

Datum
14 november 2014

Geachte mevrouw K.,

Met deze brief reageert de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) op de consultatie over de gevolgen van het gebruik van DSM-5 voor het verzekerd pakket. Over dat onderwerp is er goed contact tussen medewerkers van het Zorginstituut en de NZa omdat het gebruik van DSM-5 ook gevolgen kan hebben voor de bekostiging.

In het consultatiedocument staat dat het Zorginstituut onderkent dat de DSM niet ideaal is voor de afbakening van de aanspraken en de bekostiging ervan. Wij zijn het daarmee eens. Ook met DSM-5 zal de controleerbaarheid en de handhaafbaarheid van zorg die onder het basispakket valt beperkt zijn. De opmerkingen die wij maakten bij onze reactie op het 'Advies Geneeskundige GGZ deel 2' zijn daarom ook van toepassing op het gebruik van DSM-5. Het lijkt ons zinvol om dat in het rapport te benadrukken omdat in het rapport ook staat dat DSM-5 een beter handvat zal bieden voor de afbakening van de te verzekeren zorg omdat deze gedetailleerder en meer mogelijkheden biedt tot specificeren. Dat zou de suggestie kunnen geven dat de pakketafbakening goed controleerbaar en handhaafbaar is.

Ik wens u veel succes bij de afronding van het rapport.

Met vriendelijke groet,
Nederlandse Zorgautoriteit

dr. H. Lieverdink
wnd. unitmanager GGZ/FZ

Landelijk Platform GGz

LPGGz

De landelijke koepel van patiënten- en familieverenigingen en regionale cliëntenorganisaties in de ggz

Postadres:
Postbus 13223
3507 LE Utrecht
Bezoekadres:
Maliebaan 87
3581 CG Utrecht

T (030) 236 37 65
E info@platformggz.nl
I www.platformggz.nl

IBAN NL44FVLB0227222598
BTW NL816859590B01
KvK 30213449

ZIN
Zakelijkzorg
t.a.v. mr. M.E. K.

Datum:	26 november 2015
Kenmerk:	14-118 sm-mta-ivz
Onderwerp:	LPGGz-reactie op consultatiedocument DSM 5 van ZIN

Geachte mevrouw K.,

Sinds jaar en dag wordt vanuit de ggz-cliënten- en familiebeweging kritiek geuit over de wijze waarop (ernstige) psychische problemen worden geclassificeerd met de DSM-systematiek. Individuele klachtenpatronen en zorgbehoeften zijn in veel gevallen niet onder een enkelvoudig classificatie te vangen. Toch hebben DSM-classificaties nog steeds veel invloed op de wijze waarop cliënten tegemoet worden getreden en behandelpraktijken worden ingericht. Daarnaast bepaalt de DSM-classificatie ook voor een groot gedeelte de toegang tot de zorg en de toegang tot het verzekerde pakket.

Het LPGGz, maar ook andere bij de ggz betrokken partijen, vinden de DSM-systematiek te bepalend. Het Zorginstituut Nederland (ZIN) onderkent deze kritiek in het Consultatiedocument DSM 5, maar betrekt de stelling dat er vooralsnog geen goed alternatief is voor de DSM om de toegang tot de geneeskundige ggz te omschrijven. Cliënten en familie in de ggz zijn echter voorstander van het ontwikkelen van betere methodiek om de aanspraak op de ggz te omschrijven en adviseren ZIN dan ook om dit hoog op de agenda voor het ZIN-jaarprogramma van 2015 te plaatsen.

Vanuit de achterban van het LPGGz wordt sterk gepleit voor tijd en ruimte voor een persoonsgerichte diagnostiek, waarbij klachtenpatronen niet vroegtijdig in een DSM-classificaties worden 'geperst'. De planning en uitvoering van behandeling dient plaats te vinden op basis van door de cliënt (en naastbetrokkenen) ingebrachte klachten en ervaringskennis in combinatie met professionele en wetenschappelijke expertise.

Het streven naar een persoonsgerichte diagnostiek is allerminst nieuw. Hiervan is onder andere reeds sprake bij de Richtlijn "Psychiatrisch onderzoek en diagnostiek" van de NVvP en in het boek "Het psychiatrisch onderzoek" van Michiel Hengeveld. De NVvP onderscheidt de symptoomdiagnose, de syndroomdiagnose en de structuurdiagnose. Verder omvat het psychiatrisch onderzoek de specifieke anamnese, de algemene anamnese, het gebruik van alcohol en drugs, psychiatrische voorgeschiedenis, psychiatrische familieanamnese, somatische anamnese, gebruik van geneesmiddelen, sociale anamnese, biografische anamnese en heteroanamnese. Een omschreven checklist binnen een professionele richtlijn met als resultaat een op de persoon toegesneden structuurdiagnose.

De Richtlijn “Psychiatrisch onderzoek en diagnostiek” van de NVvP en het boek “Het psychiatrisch onderzoek” van Michiel Hengeveld wijzen derhalve in de richting van een persoonsgerichte diagnostiek, een gezamenlijke zoektocht van cliënt en behandelaar, waarbij de inbreng van ervaringskennis (het eigen verhaal van de cliënt) een minstens zo belangrijke kennisbron is, als professionele expertise en wetenschappelijke evidence. Formeel bestaat de (specialistische) diagnostiek derhalve uit meerdere stappen en fasen waar gaandeweg ook classificaties aan verbonden worden (vaak meer dan één).
De praktijk is echter dat in veel gevallen reeds in een vroeg stadium een enkelvoudige, eenzijdige classificatie plaats vindt, waarbij cliënten reeds voorgesorteerd worden op een bepaald behandelaanbod, zonder dat adequate diagnostiek heeft plaatsgevonden. Dit met alle gevolgen van dien: etikettering met stigmatiseringsconsequenties, medicalisering, geen passende zorg. In voorkomende gevallen resulteert deze benadering in een onnodig lange ‘carrière’ als cliënt bij een (geïntegreerde) ggz-instelling met alle iatrogene effecten van dien.

Het LPGGz constateert dat de DSM-systematiek als classificatiesysteem ten behoeve van onderzoek en communicatie tussen behandelaren in principe niet het grootste probleem is. We maken ons zorgen over het onjuiste gebruik ervan als sturingsinstrument ten behoeve van de bekostiging en organisatie van zorg. In het consultatiedocument wordt gesteld, dat de zorgbehoefte in relatie tot lijdensdruk en disfunctioneren bepalend zou moeten zijn met betrekking tot de aanspraak op zorg, maar dat hier vooralsnog een adequaat instrument voor ontbreekt. Er wordt dus, bij gebrek aan beter, doorgegaan met het gebruik van een classificatiesysteem voor het bepalen van de aanspraken terwijl dit systeem daartoe niet toereikend is. Om meerdere redenen verdient het derhalve een hoge prioriteit (ZIN Jaarprogramma 2015) om werk te maken van een beter instrument.

Tenslotte wijzen wij u nogmaals op het stigmatiserende effect van de DSM-classificatie. Behandelaren worden vanwege het huidige bekostigingssysteem vaak gedwongen deze classificatie lichtzinnig en willekeurig te hanteren, om toegang tot noodzakelijke ggz-zorg voor cliënten te realiseren; met stigmatisering als ernstige bijwerking.

Onze reactie op de consultatievragen.

Consultatievraag 1 Hebt u aanvullingen op onze beschrijving van de te verzekeren aanspraken?

Het LPGGz gaat er van uit dat de toegang tot de zorg gegarandeerd blijft, als er sprake is van significante lijdensdruk of ernstige beperkingen in het functioneren.
Het LPGGz acht in dit verband een tijdige signalering van mogelijk ernstige problematiek van groot belang. Hierbij hechten wij o.a. veel waarde aan de consultatiemogelijkheden van de huisarts bij de gespecialiseerde ggz.

Consultatievraag 2 Deelt u onze duiding en afbakening? Zo nee, welke stoornissen niet en waarom?
& Consultatievraag 3 Hebt u aanvullingen?

Het LPGGz heeft t.a.v. 3.5.1 de "andere gespecificeerde stoornis "
en 3.5.2 de "ongespecificeerde ………. stoornis" de volgende opmerkingen.

1. De "andere gespecificeerde ….. stoornis"
   Men heeft overwogen deze categorie (met uitzondering van andere psychotische stoornis) uit te sluiten van verzekerde zorg, wat gelukkig niet gebeurd is omdat "enkele aanwezigen onze visie

niet volledig deelden" en men vreesde voor het ongewenste effect van dan maar een andere stoornis invullen.
Er zijn namelijk nog andere belangrijke overwegingen om deze categorie niet uit te sluiten.

- Argument vanuit wetenschappelijk perspectief:
Men werkt met een systeem-in-ontwikkeling. De DSM-5 is beter dan de DSM-IV, maar we zijn er nog niet. De werkelijkheid van psychische problemen is nooit volledig te vangen in een systeem, het is een gegeven dat het systeem de problematiek nooit volledig dekt. Ten behoeve van verdere ontwikkeling van de geestelijke gezondheidszorg is het noodzakelijk dat er een 'restcategorie' beschikbaar blijft, als een soort ventiel. Analyse van de restcategorie kan in de toekomst betere specificatie van zorgvragen mogelijk te maken.

- Argument vanuit cliëntenperspectief:
Een patiënt heeft te maken met lijdensdruk en disfunctioneren. In principe zijn deze criteria voldoende om de voor deze patiënt benodigde zorg onder de aanspraken te laten vallen.

2. De "ongespecificeerde stoornis"
Deze stoornis wordt gebruikt als er niet voldoende informatie beschikbaar is en diagnostiek wordt uitgesteld: dit is geen eindclassificatie. Dit is wel verzekerde g-ggz maar de classificatie moet op korte termijn gevolgd worden door een eindclassificatie
   - Argument vanuit cliëntenperspectief:
   Er is blijkbaar crisis en zorgvuldige diagnostiek kost tijd. Waarom geen "redelijke" termijn in plaats van korte termijn?
   Bezien vanuit de "persoonlijke diagnostiek" zou de "andere gespecificeerde .. stoornis" een label kunnen zijn dat een "persoonlijk beeld - individuele combinatie van klachten en symptomen met gevolgen en last weer kan geven.

Conclusie: Vanuit het cliëntenperspectief is het belangrijk dat de "anders en on- gespecificeerde" -categorieën verzekerde g-ggz zijn en blijven, zowel uit oogpunt van "verbetering classificatie", zorgvuldige diagnostiek" als "persoonlijke diagnostiek" en "adequate zorg".

In het algemeen constateert het LPGGz dat de DSM 5 m.b.t. de aanspraken niet tot een aardverschuiving zal leiden. Vermits de lijdensdruk of de beperkingen in het functioneren daar aanleiding toe geven, blijft de toegang tot de zorg gegarandeerd.

Consultatievraag 4 Deelt u de voorkeur van de DSM 5 boven de ICD-10 voor de uitleg van de aanspraken op de te verzekeren zorg? Zo nee, waarom niet?

Geen bezwaar.

Consultatievraag 5 Wij kiezen ervoor de DSM 5 ondanks de genoemde kritiekpunten, toch te hanteren. Heeft u suggesties hoe, gegeven die keus, om te gaan met de kritiekpunten?

Hecht meer belang aan lijdensdruk, disfunctioneren, complexiteit van de problematiek, dan aan de classificatie. Geef prioriteit aan het ontwikkelen van zo betrouwbaar mogelijke schalen voor het meten van lijdensdruk en beperkingen; hoe complex deze exercitie ook mag zijn.

Geef ruimte aan het werken met werkhypotheses, opdat de cliënt en behandelaar al werkenderwijs zicht kunnen krijgen wat er aan de hand is en welke behandelvormen geïndiceerd zijn. Eerst de zoektocht, de gezamenlijke diagnostiek en daarna, indien onvermijdbaar, een (tijdelijke) classificatie. Zet andere instrumenten in dan de DSM 5 systematiek om opportunistische zorgaanbieders, 'de cowboys', de weg af te snijden; bijvoorbeeld de WTZi en de IGZ.

Geef ruimte aan het werken met werkhypotheses, opdat de cliënt en behandelaar al werkenderwijs zicht kunnen krijgen wat er aan de hand is en welke behandelvormen geïndiceerd zijn. Eerst de zoektocht, de gezamenlijke diagnostiek en daarna, indien onvermijdbaar, een (tijdelijke) classificatie.

Zet andere instrumenten in dan de DSM 5 systematiek om opportunistische zorgaanbieders, 'de cowboys', de weg af te snijden; bijvoorbeeld de WTZi en de IGZ.

Met vriendelijke groet,

Marjan ter Avest,
Directeur Landelijk Platform GGz

Bijlage 2

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

College voor Zorgverzekeringen
T.a.v. de voorzitter van de Raad van Bestuur
Postbus 320
1110 AH DIEMEN

Directoraat Generaal Langdurige Zorg
Directie Zorgverzekeringen
Cluster Account

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34
www.rijksoverheid.nl

Inlichtingen bij

Datum 18 JUL 2012
Betreft Aandachtspuntenbrief 2013

Kenmerk
Z-3113425

Bijlage(n)

Correspondentie uitsluitend richten aan het retouradres met vermelding van de datum en het kenmerk van deze brief.

Geachte heer M

Met deze brief geef ik u mijn aandachtspunten voor uw jaarwerkplan en begroting van het CVZ c.q. het Kwaliteitsinstituut in oprichting (i.o.) voor het jaar 2013 mee en verzoek ik u deze aandachtspunten daarin te verwerken.
In deze brief treft u voor het Kwaliteitsinstituut i.o. de inhoudelijke en beheersmatige aandachtspunten en het financieel kader voor het de jaren 2013-2016 aan.

Deze aandachtspuntenbrief omvat de vier sectoren van het Kwaliteitsinstituut i.o.. In het periodiek overleg met de Directeur Generaal Langdurige Zorg en het CVZ van 29 maart 2012 is afgesproken dat het Kwaliteitsinstituut i.o. een integraal jaarwerkplan/begroting 2013 opstelt met een duidelijk onderscheid naar de vier sectoren/secties Kwaliteit (ook wel genoemd Kwaliteitsinstituut), Pakket, Zorgberoepen & opleidingen en Verzekeringen).

Deze aandachtspuntenbrief is onderdeel van de werkwijze om te komen tot een goedgekeurd jaarwerkplan en begroting. Het is vervolgens de bedoeling dat de producteigenaren bij het Kwaliteitsinstituut i.o. en de VWS-dossierhouders zo vroeg mogelijk met elkaar in gesprek gaan over de inhoud van het jaarwerkplan 2013; zoals de uit te voeren taak, de inzet van mensen en het daarbij behorende budget.

Sectie Kwaliteit en transparantie

In 2012 bent u gestart met de opbouw van het Kwaliteitsinstituut. De opbouw zal in 2013 doorlopen. Ik verwacht dat u zich in 2013 richt op het nader uitwerken van de taken die in het voorstel van wet[1] zijn geformuleerd; te weten:
1. het stimuleren en ondersteunen van het veld bij de totstandkoming van professionele standaarden;
2. het ondersteunen van het veld bij de implementatie van professionele standaarden, best-practices en innovatie;
3. het inzichtelijk maken van de kwaliteit van verleende zorg door het verzamelen en beschikbaar maken van gegevens over kwaliteit van zorg ten behoeve van keuze- en toezichtinformatie in de zorg en
4. het bevorderen van gepast gebruik in de zorgverlening.

Daarbij wil ik u de volgende specifieke aandachtspunten meegeven.

[1] Kamerstukken II, 33.243, nrs. 2-3

2012-09-02

Directoraat Generaal
Langdurige Zorg
Directie Zorgverzekeringen

Kenmerk
Z-3113425

Proces
U bent in het kader van de totstandkoming van de meerjarenagenda voor de curatieve zorg en de langdurige zorg bezig om samen met de betrokken veldpartijen een inventarisatie te maken van de witte vlekken in de ontwikkeling van professionele standaarden en het prioriteren van de planning voor de invulling van die witte vlekken. Voor de langdurige zorg vraag ik u om een specifieke prioritering op te stellen voor aanvulling en bekrachtiging van de voor cliëntgroepen in de langdurige zorg relevante onderwerpen op de Top 100 van aandoeningen en de Top 25 van niet aan een specifieke aandoening gerelateerde onderwerpen (nasago's).

Zoals ik u in mijn brief van 9 september 2011 (kenmerk Z-3080481) heb gevraagd, verwacht ik dat het Kwaliteitsinstituut met een 'open mind' en op transparante wijze met de partijen in de omgeving communiceert. Ik verzoek u in uw jaarwerkprogramma duidelijk te maken op welke wijze u de cliëntorganisaties, de verzekeraars, beroepsgroepen, zorgaanbieders, de IGZ, de NZa en kennis- en adviesorganisaties betrekt bij uw werkzaamheden.
Ik hecht eraan dat de sectie Kwaliteit 'slim en slank' werkt. Daarbij bedoel ik dat voorkomen moet worden dat de werkwijze bureaucratisch wordt. Daarnaast verzoek ik u in 2013 verder uit te werken op welke wijze u de thema's waarmee het CVZ zich al bezig houdt, zoals gepaste zorg, doelmatigheid en innovatie, zult koppelen aan de werkzaamheden van het Kwaliteitsinstituut, in het bijzonder de taken op het gebied van implementatie.

Inhoud
Het is van belang dat het Kwaliteitsinstituut een goede start kent. In 2012 werkt u aan het opstellen van de kaders voor de werkzaamheden van het Kwaliteitsinstituut, zoals de meerjarenagenda en het toetsingskader. Ik vraag u om in het jaarwerkplan 2013 een duidelijke focus te kiezen voor een beperkt aantal onderwerpen in lijn met de prioriteitstelling van de meerjarenagenda, die voor het veld herkenbaar zijn en die ook bredere impact hebben. Zo kan ervaring worden opgedaan met het proces en het toetsingskader en daarna met de aldus ontwikkelde zorgstandaarden. Verbreding en verdieping van de activiteiten van het Kwaliteitsinstituut kan in de latere jaren plaatsvinden.
Voor zover dit nog niet volgt uit de meerjarenagenda die u nu ontwikkelt, vraag ik u in 2013:

- Voor zover deze binnen de curatieve zorg niet als witte vlek gedefinieerd worden aandacht te schenken aan professionele standaarden voor de gehele acute-zorgketen en professionele standaarden in de mondzorg;
- Te komen tot een professionele standaard voor intensieve kindzorg en
- Te komen tot een professionele standaard voor toepassing van (zorg)technologie en ICT in de langdurige zorg met het oog op de kwaliteit van zorg; met name ten aanzien van cliëntveiligheid en het voeren van eigen regie door de cliënt. Daaruit moet blijken in welke mate toepassing hiervan, gezien de stand van de (zorg-)technologie, mag worden verwacht van een zorginstelling/zorgverlener in de langdurige zorg en aan welke voorwaarden in de zin van kwaliteit en veiligheid in dit kader moeten worden voldaan.

Directoraat Generaal Langdurige Zorg
Directie Zorgverzekeringen

Kenmerk
Z-3113425

Opheffen voorliggende kennislacunes
Voorafgaand aan de totstandkoming van professionele standaarden in sommige delen van de langdurige zorg, zal er gewerkt moeten worden aan het wegnemen van kennislacunes. Daarbij zijn de volgende thema's relevant:

- Het verkennen van de mogelijkheden om wilsonbekwame ouderen beter te betrekken in wetenschappelijk onderzoek ten behoeve van de ontwikkeling van professionele standaarden voor langdurige zorg en
- Het verrichten van onderzoek naar verbeterde wetenschappelijke onderbouwing van werkwijzen in de langdurige zorg en de meerwaarde hiervan.

Ik ga ervan uit dat de Adviescommissie Kwaliteit sturing kan geven aan de uitwerking hiervan.
Voorts onderzoekt VWS, in samenspraak met u, in hoeverre er een breed programma over Kwaliteit van zorg kan worden opgezet bij ZonMw dat mede ondersteunend kan zijn aan de taken van het Kwaliteitsinstituut.

Sectie Pakket

Stringent Pakketbeheer
U zult in 2013 en volgende jaren concreet uitvoering geven aan uw rapport Stringent pakketbeheer (mei 2012). De in dit rapport geschetste werkwijze betekent dat meer nadruk zal worden gelegd op risicogericht pakketbeheer.
Het opsporen van signalen die een aanwijzing kunnen zijn voor een risico is daarbij een belangrijke stap. Ook houdt deze werkwijze in dat het pakketcriterium 'noodzakelijkheid' op de voorgrond wordt gezet om te bepalen of zorg collectief verzekerd dient te zijn. Hiermee wordt een scherpere afbakening bereikt tussen het domein van de gezondheidszorg en anderen domeinen.

Met het op de voorgrond plaatsen van het noodzakelijkheidscriterium is er ook een verband met de lage ziektelastbenadering. Daarnaast is het CVZ voornemens zich wat betreft het criterium kosteneffectiviteit, te richten op het identificeren van indicaties waar inefficiënte zorg wordt geboden. Deze geschetste aanpak wil het CVZ de leidraad laten zijn voor zijn Pakketagenda 2013-2014. In het rapport "Pakketbeheer in de Praktijk, deel 3" (voorzien begin 2013) wil het CVZ de consequenties van stringent pakketbeheer voor de beoordelingskaders, criteria en normen uitwerken.

Bij de aanpak die u heeft geschetst, waarbij u zich gaat richten op bepaalde indicatie-interventiecombinaties, kan specifiek op bepaalde doelgroepen worden ingespeeld. Ik verzoek u daarbij aandacht te besteden aan het feit dat een bepaalde aandoening of behandeling niet bij iedereen dezelfde consequenties heeft, waarbij ik met name denk aan comorbiditeit.

Ik verzoek u tevens om bij het nader uitwerken van de implementatie van Stringent pakketbeheer expliciet aandacht te besteden aan de indicatieverruiming als grote oorzaak van de kostenstijging in de zorg.

Daarnaast wil ik u erop attenderen dat vanuit het regeerakkoord 2010 ook voor de jaren 2014 en 2015 een structurele taakstelling in het kader van stringent pakketbeheer bestaat.
Ik verzoek u daarom om bij de werkwijze gebaseerd op het rapport Stringent pakketbeheer begin 2013, respectievelijk begin 2014 concrete voorstellen voor pakketmaatregelen te doen teneinde de structurele taakstellingen van € 10 mln. (2014) en van € 20 mln. (2015) te kunnen invullen. Ik vraag hiervoor uw

20-07-2012

aandacht bij het inzetten van de beschikbare personele en materiële middelen.

Directoraat Generaal Langdurige Zorg
Directie Zorgverzekeringen

Kenmerk
Z-3113425

Lage ziektelast
Ik heb het CVZ vorig jaar verzocht om voorstellen voor ziektelastmaatregelen te doen voor een hoger bedrag dan € 1,3 miljard, opdat er gekozen kon worden tussen mogelijke ziektelastmaatregelen. Op 5 maart 2012 heeft het CVZ een uitvoeringstoets uitgebracht over de lage-ziektelastbenadering. Deze uitvoeringstoets heeft het karakter van een tussenrapportage, waarin het CVZ nog geen concrete voorstellen schetst.

Het CVZ heeft aangegeven van plan te zijn om concrete voorstellen voor pakketmaatregelen op basis van lage ziektelast in de loop van 2012 op te stellen, zodat deze onderdeel kunnen vormen van het Pakketadvies 2013 dat in april 2013 wordt uitgebracht. Doel hiervan is dat de kostenbesparingen reeds in 2014 kunnen worden gerealiseerd. Aangezien de lage-ziektelastbenadering en de daarop gebaseerde pakketingrepen ingrijpend van aard zullen zijn, wordt de tijd om per 2014 de eerste van dergelijke lage-ziektelastmaatregelen te kunnen realiseren bij advisering in april 2013 erg krap. Dit is zeker het geval indien deze maatregelen ook nog aanzienlijke uitvoeringstechnische consequenties hebben. Ik verzoek het CVZ daarom met klem om in december 2012 met concrete voorstellen te komen en daarmee niet te wachten tot het Pakketadvies 2013.
De voorstellen voor ziektelastmaatregelen dienen betrekking te hebben op het volledige bedrag van minimaal € 1,3 miljard. Hierbij kan behalve naar de geneeskundige zorg, geneesmiddelen en de geestelijke gezondheidszorg, ook gekeken worden naar alle onderdelen van het Zvw-pakket. Ik ben mij ervan bewust dat daarbij ook aandoeningen met een minder lage ziektelast in beeld zullen komen, maar ik ben van mening dat de concrete invulling op basis van politieke besluitvorming moet plaatsvinden.

In zijn tussenrapportage wijst het CVZ op een aantal alternatieve besparingsmogelijkheden, waaronder met name het stimuleren van gepast gebruik van zorg. Voorstellen inzake gepast gebruik zijn thans echter nog te weinig concreet om als ombuigingsmaatregel te kunnen worden meegenomen. Een onderbouwde gekwantificeerde opbrengstraming ontbreekt veelal, evenals aandacht voor de handhaafbaarheid in de praktijk. Ik verzoek het CVZ dan ook of het in plaats van gepast gebruik, alternatieve besparingsmogelijkheden kan nagaan die meer in lijn liggen van de lage-ziektelastbenadering. De hiervoor genoemde verruiming van het criterium noodzakelijkheid kan daarbij een goed aangrijpingspunt zijn.

In zijn uitvoeringstoets wijst het CVZ erop dat er verschillende situaties denkbaar zijn waarin een eenduidige toepassing van het ziektelastcriterium problematisch kan zijn. Het gaat bijvoorbeeld om aandoeningen die in subgroepen van patiënten een verschillend verloop vertonen (heterogeniteit), aandoeningen met een ziektebeloop met korte, hevige pieken of aandoeningen met een progressief verloop. In dit verband verzoek ik het CVZ om na te gaan of er een instrument is te bedenken dat ertoe leidt dat de lage-ziektelastopbrengst bij de doelgroep waarvoor eenduidige toepassing van het ziektelastcriterium niet tot problemen leidt, kan worden geïncasseerd, terwijl de groep waarvoor eenduidige toepassing wel tot problemen leidt, wordt ontzien. Dit ook met het oog op de aangenomen motie Leijten (TK 2011-2012, 29 689, nr. 399), waarin de Tweede Kamer uitspreekt dat de lage ziektelastbenadering niet mag leiden tot schadelijke effecten of gezondheidsschade.

Vervolg van het rapport "Geneeskundige GGZ, deel 1"
Met het rapport "Geneeskundige GGZ deel 1" heeft het CVZ een eerste aanzet gedaan tot het uitbrengen van een uitvoeringstoets die expliciete besluitvorming over de houdbaarheid, ook voor de geneeskundige GGZ, mogelijk maakt. In het rapport wordt de bestaande aanspraak verduidelijkt en geeft het CVZ handvatten voor gepast gebruik van geneeskundige GGZ en een rechtmatige uitvoering van de Zvw op dit punt. Het CVZ kondigt aan eind 2012 deel 2 van het advies over de geneeskundige GGZ uit te brengen, op basis van een nadere beoordeling van de GGZ die momenteel onderdeel uitmaakt van het verzekerde pakket.

Directoraat Generaal
Langdurige Zorg
Directie Zorgverzekeringen

Kenmerk
Z-3113425

Zoals ik reeds heb aangegeven in mijn reactie op dit en enkele andere CVZ-adviezen, die ik op 15 juni jongstleden naar de Tweede Kamer heb gestuurd (TK 2011-2012, 29689, nr. 394), acht ik het noodzakelijk dat het CVZ in "Geneeskundige GGZ deel 2" advies uitbrengt over een nadere afbakening van het basispakket. Hierbij dient met name het onderscheid tussen psychische klachten en psychische stoornissen nader te worden uitgewerkt. Dit dient onder meer te leiden tot een meer homogene weergave van activiteiten die onder het basispakket vallen. Ook is het zinvol dat het CVZ aan de hand van verschillende scenario's een nadere duiding geeft van enkelvoudige en complexe stoornissen en hun behandeling. Wat valt onder eerstelijns dan wel tweedelijns geneeskundige GGZ?

Daarnaast verzoek ik u in het tweede deel van het advies expliciet te kijken naar aanvullende mogelijkheden om de aanspraak te beperken tot de noodzakelijk collectief te verzekeren zorg. Zo nodig kan daarbij ook gekeken worden naar het uitsluiten van indicaties c.q. specifieke zorgvormen.

Uitvoerbaarheid en handhaving zijn belangrijke aandachtspunten bij het nader afbakenen van het basispakket. Ik verzoek u daarmee rekening te houden bij het opstellen van het tweede deel van uw advies over de geneeskundige GGZ. Voor zover het de uitvoerbaarheid betreft, dient uw advies voldoende handvatten te geven voor een eenduidige toepassing in de praktijk door alle veldpartijen. Dit kan bijvoorbeeld betekenen dat er aanvullende instrumenten worden benoemd die – in samenhang met de bestaande richtlijnen – kunnen dienen als ankerpunt voor afbakening van het domein van de geneeskundige GGZ binnen de Zvw. Het is aan het CVZ om de betrokken beroepsgroepen in de GGZ hierbij actief te betrekken. Desgewenst kan daarbij aansluiting worden gezocht bij het recent op initiatief van VWS gestarte "ketenoverleg", waarin naast vertegenwoordigers van het CVZ en VWS ook vertegenwoordigers van de NZa en ZN participeren.

Ook is van belang dat de aanspraakbeperkingen waartoe u mogelijk adviseert zodanig scherp zijn dat deze door middel van het systeem van kleurcodering in de DBC-systematiek zichtbaar kunnen worden gemaakt, opdat ook via het DBC-systeem vergoeding van deze activiteiten kan worden uitgesloten. DBC-Onderhoud heeft aangegeven hiervoor gedetailleerde informatie over diagnose en activiteit nodig te hebben. Ik verzoek u deze informatie aan te leveren in uw advies "Geneeskundige GGZ deel 2".

In het kader van de parlementaire behandeling van het Begrotingsakkoord 2013 is een motie aangenomen inzake het DSM-classificatiesysteem (TK 2011-2012, 33288, nr. 23). Naar aanleiding hiervan verzoek ik u in het tweede deel van uw advies over de Geneeskundige GGZ tevens aan te geven in hoeverre het DSM 4-classificatiesysteem het gepast gebruik van zorg aantast.

Directoraat Generaal
Langdurige Zorg
Directie Zorgverzekeringen

Kenmerk
Z-3113425

Daarnaast verzoek ik u tevens om te onderzoeken wat de herziening van het DSM classificatiesysteem betekent voor het collectief verzekerd pakket. Daarbij verzoek ik u ook in te gaan op de overstap die men lijkt te gaan maken van een dichotome beoordeling (er is wel/niet sprake van een psychiatrische stoornis) naar een meer dimensionele beoordeling van ziekte (er is meer/minder sprake van een psychiatrische stoornis).

Ik realiseer mij dat dit een omvangrijke opdracht is en verzoek u dan ook om voldoende capaciteit in te plannen voor de bovenstaande en nadere vervolgstappen die dit jaar en de komende jaren moeten worden gezet.

Draagkracht
Stringenter pakketbeheer, lage ziektelastmaatregelen en adviezen waaronder Geneeskundige GGZ deel 2 leiden er mogelijk toe dat verzekerden een groter deel van de zorgkosten voor eigen rekening moeten nemen (wat wellicht wordt versterkt door een stapeling van kosten). Ik wijs er echter op dat dit er niet toe dient te leiden dat het CVZ geen voorstellen doet die de draagkracht van burgers te boven gaan. Uiteraard kan het CVZ bij dergelijke voorstellen wijzen op de mogelijk ingrijpende financiële gevolgen voor burgers, maar dit mag het CVZ er niet van weerhouden die voorstellen te doen en daarbij te wijzen op van belang zijnde aspecten. De vraag of die voorstellen de draagkracht van burgers te boven gaan dient onderwerp te zijn van politieke afweging.

Kosteneffectiviteit
Zowel in het rapport "Stringent pakketbeheer" als in het rapport "Voorwaardelijke toelating" heeft het CVZ aandacht besteed aan het criterium kosteneffectiviteit.

In het rapport "Voorwaardelijke toelating" geeft het CVZ aan dat de mogelijkheid van uitstroom uit het basispakket van zorg die niet kosteneffectief is, of waarvan geen kosteneffectiviteitsgegevens bekend zijn, verschillende vragen oproept.
In het rapport concludeert het CVZ dat het toe wil naar een verdere operationalisering van het criterium kosteneffectiviteit, niet slechts in de context van voorwaardelijke toelating maar in de context van het gehele pakketbeheer, ook van niet-farmaceutische zorg, omdat het van oordeel is dat dit bijdraagt aan een verantwoord en houdbaar pakket.

In het rapport "Stringent pakketbeheer" concludeert het CVZ dat er meer nadruk dient te worden gelegd op de kosteneffectiviteit van interventies en dat het hanteren van een richtsnoer voor de kosten per QALY behulpzaam kan zijn bij het beoordelen hiervan.

Ik verzoek het CVZ het criterium kosteneffectiviteit verder te operationaliseren en mij daarover eind van dit jaar van advies te voorzien. Daarbij dient zowel aandacht te worden besteed aan de vragen die het CVZ stelt in het rapport "Voorwaardelijke toelating", als aan de aandachtspunten die ik heb genoemd in het kader van het rapport "Stringent pakketbeheer". Ook verzoek ik het CVZ om daarbij, gelet op de aangenomen motie Voortman (TK 2011-2012, 29 689, nr. 400), te onderzoeken of (en zo ja, in hoeverre) gebruik kan worden gemaakt van de wijze waarop NICE in Engeland het criterium kosteneffectiviteit hanteert bij zijn beslissingen over de toelating van interventies tot het verzekerd pakket.

Directoraat Generaal Langdurige Zorg
Directie Zorgverzekeringen

Kenmerk
Z-3113425

Voorwaardelijke pakkettoelating nieuwe geneesmiddelen
In de komende jaren wil ik toe naar een systeem voor snelle, maar voorwaardelijke opname in het pakket van nieuwe geneesmiddelen.
Voor intramurale geneesmiddelen zal dit kader in 2012 helemaal uitgewerkt worden. Voor extramurale geneesmiddelen wil ik in het jaar 2012 en 2013 gebruik maken van financiële arrangementen voor geneesmiddelen die daarvoor in aanmerking komen, waarbij ik gebruik zal maken van uw expertise. Ik verzoek u hiermee rekening te houden.

Overheveling medisch specialistische middelen
Vanwege de problematiek van de dubbele aanspraak heb ik sinds 2012 het beleid ingezet om medisch specialistische middelen uit het geneesmiddelenvergoedingensysteem (GVS) te verwijderen en onder de ziekenhuisbekostiging te brengen. Ook in 2014 zal ik bij andere medisch specialistische middelen die onder verantwoordelijkheid van een specialist bij een ziekenhuis voorgeschreven worden een aantal groepen overhevelen. Ik verzoek u rekening te houden met voorbereidende werkzaamheden voor de overheveling van groepen medisch specialistische middelen per 2014.

Gepast gebruik
Ik verzoek u het gestarte initiatief Gepast gebruik voort te zetten met de intentie zoals verwoord in het daarover afgesloten convenant met NZa, ZonMW, Regieraad, NPCF, ZN, KNMG en DBC-o. Voor een optimale benutting van de ter beschikking staande middelen vraag ik u oog te houden voor de samenhang met soortgelijke initiatieven op het snijvlak van doelmatigheid en kwaliteit, die voortkomen uit het Hoofdlijnenakkoord, PInCet en natuurlijk de opbouw van het Kwaliteitsinstituut.

Het is van belang dat het CVZ een goede inventarisatie maakt van onderwerpen die zich lenen voor instroom en voor uitstroom in het kader van de regeling Voorwaardelijke toelating.

Controle
Uit PInCet is naar voren gekomen dat de aansluiting van de DBC-zorgproducten op het collectief verzekerd pakket verbeterd en de normen verduidelijkt dienen te worden zodat deze beter handhaafbaar zijn. Dit kan door waar nodig bijvoorbeeld stepped care te beschrijven, de controleerbaarheid van indicatie-interventie-combinaties te verbeteren en te verduidelijken wat bij aanspraakbeperkingen wel en niet onder het collectief verzekerd pakket valt. Met het oog op de betaalbaarheid van de zorg verzoek ik u aan de verbetering van de controle aandacht te geven.

Kinderfysiotherapie
De komende marktscan beweegzorg van de NZa laat een stijging zien van fysiotherapie tot 18 jaar in 2008. De vraag is of er in die periode iets veranderd is in de stand van de wetenschap en praktijk die deze stijging kan verklaren? Daarmee wordt tevens de vraag gesteld of de huidige aanspraak voor fysiotherapie tot 18 jaar nog aansluit bij de huidige stand van de wetenschap en praktijk. Van u verwacht ik in 2013 een advies over de noodzakelijke kinderfysiotherapie in de basisverzekering.

Signalementen langdurige zorg 2012
In het Pakketadvies 2011 heeft het CVZ zelf een aantal aandachtspunten voor de langdurige zorg benoemd. Het betreft hier:

- de definitie van de zwaarst te verzekeren zorgbehoefte;
- de positionering van de extramurale verpleging en verzorging in de Zvw;
- de overheveling van de functie behandeling naar de Zvw;
- de overheveling van de functie begeleiding naar de Wmo en
- het scheiden van wonen en zorg.

U heeft in 2011 aangegeven op bovenstaande onderwerpen adviezen of signalementen uit te gaan brengen. Een aantal adviezen heeft u inmiddels aangeboden; de decentralisatie van begeleiding (september 2011), de achtergrondstudie 'De toekomst van de langdurige zorg' (november 2011) en een advies over het scheiden van wonen en zorg (april 2012). Ik zie de overige adviezen op de in het Pakketadvies 2011 aangekondigde aandachtspunten graag tegemoet.

U bent voornemens in 2013 een advies uit te brengen over de functie behandeling. Bij de advisering over de functie behandeling is u per brief van 12 november 2011 gevraagd te adviseren over de (extramurale) behandeling binnen in de zintuiglijk gehandicaptensector.
Ik zie de rapportages over behandeling en het advies over de zintuiglijk gehandicaptenzorg graag tegemoet in 2013.

Per 1 januari 2012 is de tijdelijke AWBZ-aanspraak ADL-assistentie opgenomen in de AWBZ voor een periode van twee jaar. Bij de invoering van deze aanspraak is aangekondigd dat het CVZ wordt gevraagd om via een uitvoeringstoets te adviseren over de aanspraak na 1 januari 2014. Ik verzoek u met dit aangekondigde verzoek rekening te houden in het werkprogramma 2013.

Het CVZ heeft dit voorjaar een signalement over scheiden van wonen en zorg op hoofdlijnen uitgebracht. In dat signalement geeft het CVZ aan dat een aantal elementen in een volgende fase verder uitgewerkt moet worden. Inmiddels is in het Lente-akkoord besloten tot het extramuraliseren van de laagste zzp's. In de voortgangsrapportage langdurige zorg geef ik daarvan een uitwerking vanaf 2013. Ik beraad me op dit moment of en welke rol het CVZ/ het Kwaliteitsinstituut i.o. heeft bij het uitwerken van vervolgstappen na 2013.

In het Regeerakkoord was de decentralisatie van de jeugdzorg naar gemeenten opgenomen. De decentralisatie van de jeugdzorg is door de Tweede Kamer niet controversieel verklaard. De decentralisatie jeugdzorg heeft effect op de aanspraken AWBZ. Nadere invulling van de decentralisatie jeugd moet nog volgen. Het verzoek is om in het jaarwerkprogramma 2013 hiermee rekening te houden.

Het onderzoeksbudget
De afgelopen jaren is gebleken, dat het CVZ moeite had het hem toebedeelde budget van € 5 miljoen voor het doen van onderzoek volledig in te vullen. Aangezien dit niet doelmatig is en er op andere terreinen, zeker met de komst van het Kwaliteitsinstituut, binnen het Kwaliteitsinstituut i.o. voldoende financiële middelen nodig zijn, verzoek ik u structureel uit te gaan van een onderzoeksbudget van maximaal € 3 mln. Met het oog op uw jaarwerkplan en begroting 2013 van het Kwaliteitsinstituut i.o. verzoek ik u aan te geven welke onderzoeken u (p x q onderbouwd) hiervoor denkt uit te voeren. Indien u meent toch een groter budget nodig te hebben, verzoek ik u concreet en goed

Directoraat Generaal Langdurige Zorg
Directie Zorgverzekeringen

Kenmerk
Z-3113425

onderbouwd aan te geven hoe u de maximaal € 2 miljoen aan onderzoek of andere activiteiten zou willen besteden.

Directoraat Generaal Langdurige Zorg
Directie Zorgverzekeringen

Kenmerk
Z-3113425

Sectie Zorgberoepen en opleidingen

De sectie Zorgberoepen en opleidingen is per 1 april 2012 met haar eerste werkzaamheden gestart. Deze sectie gaat zich bezig houden met verbetering van beroepen en opleidingen in de zorgsector en het initiëren van activiteiten gericht op het stimuleren en ondersteunen van de organisatie en professionalisering van beroepen in de langdurige zorg.

Met u worden al sinds 2012 (werk)afspraken gemaakt over de noodzakelijke voorbereidende werkzaamheden vooruitlopend op de formele instelling bij de inwerkingtreding van het wetsvoorstel na goedkeuring van het parlement. Het betreft onder meer de instelling van een ondersteunend secretariaat, het concept werkplan en een website.

Vooruitlopend op 2013 zal een start worden gemaakt met het werkprogramma. Centraal staat de toekomstige vraag naar zorg. De trends, ontwikkelingen, (technologische) innovaties in de zorg en veranderingen in opleidingen vertalen zich in een veranderende vraag naar bestaande en toekomstige beroepsgroepen. De uitkomsten van de adviezen vormen relevante input voor het beleidsrijk ramen van beroepskrachten in de gezondheidszorg.

Sectie Verzekeringen

Buitenlandtaak
In de jaren 2011 en 2012 heeft een gezamenlijke werkgroep van VWS en het CVZ de buitenlandtaak geëvalueerd. Oogmerk van de evaluatie is geweest het verbeteren van de uitvoering van de buitenlandregeling waardoor met name verdragsgerechtigden beter worden bediend. Daarbij is zowel de uitvoeringspraktijk als de wet- en regelgeving die eraan ten grondslag ligt in ogenschouw genomen. De evaluatie heeft geleid tot aanbevelingen voor het verder verbeteren van de buitenlandtaak. De jaren 2012 en 2013 zullen in het teken staan van de implementatie van deze aanbevelingen.

Uitvoering wanbetalersregeling
Bij de uitvoering van de wanbetalersregeling heeft verbeterde toepassing van de bronheffing hoogste prioriteit. Zorgelijk is te constateren dat inmiddels de premie van bijna tweederde van het aantal wanbetalers niet via bronheffing, maar via incasso door het CJIB wordt geïnd. Gelet ook op het gegeven dat het inningspercentage van succesvolle inning door het CJIB, uit de aard der vordering, beduidend lager ligt dan bij bronheffing, heeft dit een aanzienlijk lagere premie-opbrengst tot gevolg. Ook voor de betreffende verzekerden is dit een onwenselijke situatie. Immers, als meteen bij de uitbetaling van salaris of uitkering de premie zou worden ingehouden, hoeven deze mensen achteraf geen reservering meer te maken voor de acceptgiro van het CJIB. Voor een deel van de wanbetalers werkt inhouding vooraf beter dan inning achteraf. Mede gelet hierop wordt ook bij uitkeringsgerechtigden de bronheffing van 100% verhoogd naar 130%.

Ik verzoek het CVZ maximale inspanning te verrichten teneinde de periodieke controle op een inkomensbron, gekoppeld aan geslaagde bronheffing, te realiseren.

Directoraat Generaal
Langdurige Zorg
Directie Zorgverzekeringen

Kenmerk
Z-3113425

Verder vraag ik uw voortgezette aandacht voor het waar mogelijk verminderen van het aantal thans in de wanbetalersregeling verblijvende personen door terugggeleiding naar zorgverzekeraars.

Verder is van belang dat de omleiding van de zorgtoeslag, die gepland staat vanaf 1 januari 2013, met succes geïmplementeerd wordt opdat een extra bijdrage wordt geleverd aan de verbetering van het inningspercentage.
Ten slotte wordt in 2012, in nauw overleg met het CVZ, de hand gelegd aan verbetering van de regelgeving die op onderdelen de uitvoering van de wanbetalersregeling zal kunnen verbeteren.
Ik stel het op prijs dat het CVZ in dit kader de nodige inspanningen verricht.

Subsidie MEE-organisaties
Op 22 juni en 23 september 2011 heeft de Staatssecretaris haar voornemens ten aanzien van de cliëntondersteuning aan de Tweede Kamer kenbaar gemaakt.
De middelen van de MEE-organisaties worden in 2015 overgeheveld naar gemeenten. Het CVZ verstrekt deze middelen via de subsidieregeling AWBZ aan de MEE-organisaties. VWS is in gesprek met MEE Nederland en de VNG over de opstelling van een transitieplan met een nadere uitwerking van het tijdpad. Dit transitieplan heeft als doel de cliëntondersteuning voor cliënten te waarborgen tijdens de transitie. Ik onderzoek in dit kader ook of er ruimte is binnen de regeling voor pilots. Deze pilots hebben mede als doel gemeenten voor te bereiden op de nieuwe situatie. Verder wil ik nagaan in hoeverre er in de subsidieregeling belemmeringen zijn voor de samenwerking tussen MEE-organisaties en gemeenten en wil daarvoor een werkgroep starten met VWS, CVZ, MEE Nederland en de VNG. Deze kunnen leiden tot (mogelijk ingrijpende) aanpassing van de subsidieregeling 2013.

Deze ontwikkelingen zijn van invloed op de subsidieregeling en uw werkzaamheden. De Staatssecretaris heeft recent besloten, tegen de achtergrond dat de meeste decentralisaties controversieel zijn verklaard, op dit moment geen brief met betrekking tot de transitie naar de Tweede Kamer te sturen. Op dit moment kan geen indicatie worden gegeven wanneer het transitieplan wordt vastgesteld. Dat maakt het moeilijk in te schatten hoeveel dit van u vergt omdat ook de Tweede Kamer zich nog wil uitspreken over het transitieplan.
Op ambtelijk niveau wordt u nauw betrokken bij deze ontwikkelingen.

Subsidie PGB
In het Begrotingsakkoord 2013 zijn afspraken gemaakt over de invulling van de pgb-maatregelen in 2013 en latere jaren. Vanaf 1 januari 2014 zal op enkele punten het pgb-instrument veranderen. Ten eerste zal het pgb worden omgezet naar een trekkingsrecht. Ten tweede zal het pgb bruto beschikbaar komen, waarbij het CAK bij pgb-houders de eigen bijdrage zal innen. Over de precieze invulling van deze voornemens zal nog besluitvorming plaatsvinden.
Vervolgens zullen deze voornemens in gezamenlijk overleg verder worden uitgewerkt. Verder is het niet uitgesloten dat het nieuwe kabinetsbeleid aanleiding geeft om in 2013 gezamenlijk zaken uit te werken.

Directoraat Generaal
Langdurige Zorg
Directie Zorgverzekeringen

Kenmerk
Z-3113425

Subsidie abortusklinieken
In 2012 vindt onderzoek plaats naar verder gaande normalisering van de abortusfinanciering binnen de context van de AWBZ-subsidieregeling.
De implicaties hiervan voor de wijze waarop het Kwaliteitsinstituut i.o. vanaf 2013 invulling en uitvoering geeft aan de subsidieparagraaf zullen hierin worden meegenomen en onderwerp zijn van nader overleg.

De AWBZ-brede zorgregistratie
Het CVZ draagt zorg voor het tactisch beheer van de AWBZ-brede zorgregistratie (AZR). De AZR staat onder druk; vereenvoudiging en modernisering van de huidige systematiek en afspraken zijn noodzakelijk. Voor de AZR zijn op korte termijn verbeteringen nodig en een meerjarenplanning om tot de gewenste situatie te komen. VWS ontwikkelt in samenwerking met het CVZ en andere betrokken organisaties een toekomstbeeld voor de informatievoorziening, waar de meerjarenplanning bij aan moet sluiten. Daarbij wordt de komende periode ook bepaald of het beheer van de AZR tot de kerntaak van het CVZ/het Kwaliteitsinstituut i.o. hoort of dat beheer elders beter op zijn plaats zou zijn. Afgesproken is dat de huidige beheertaak ook in 2013 wordt gecontinueerd, waarvoor vanuit VWS een financiële bijdrage wordt geleverd. Binnen deze beheertaak valt ook het adviseren en inbrengen van expertise van het Kwaliteitsinstituut i.o. om te komen tot een gemoderniseerde informatievoorziening voor de AWBZ.

Experiment regelarme instellingen
Begin 2012 is het experiment regelarme instellingen gestart met als doel te komen tot een vermindering van de administratieve lasten in de langdurige zorg. Het CVZ heeft zitting in een werkgroep met o.a. NZa, CIZ, IGZ, ZN, CAK en VWS. Ik verzoek u hiervoor ook in 2013 ruimte te maken in uw jaarwerkprogramma.

WMG-instrumentarium
Het huidige WMG-instrumentarium zal naar verwachting breder worden ingezet. Dit heeft als consequentie dat er mogelijk meer transacties zullen gaan plaatsvinden met zorgaanbieders. Voor het CVZ/het Kwaliteitsinstituut i.o. als fondsbeheerder kan dit leiden tot het verrichten van meer betalingen aan zorgaanbieders. Ik verzoek u hiervoor ruimte te maken in uw jaarwerkplan.

Beheersmatige onderwerpen

ICT-informatieplan
Gezien de aard en omvang van de werkzaamheden heeft het Kwaliteitsinstituut i.o. bij de bedrijfsvoering te maken met een omvangrijke ICT-component. Zoals ik reeds in de aandachtspuntenbrief voor uw begroting 2012 heb aangegeven, is een goede toepassing hiervan van groot belang voor de kwaliteit, doelmatigheid en tijdigheid van de te leveren producten. Nu de secties Kwaliteit en Zorgberoepen en opleidingen met het CVZ het Kwaliteitsinstituut i.o. gaan vormen wordt het belang van een integrale ICT-visie alleen maar groter.

Directoraat Generaal Langdurige Zorg
Directie Zorgverzekeringen

Kenmerk
Z-3113425

Ik verzoek u dan ook in de begroting voor 2013 met een aanzet te komen van een meerjarig integraal informatie/ICT-plan inclusief het aantal fte's dat daar bij hoort. Deze aanzet zou dan in de komende jaren verder uitgewerkt en geconcretiseerd kunnen worden. Op deze wijze kan het informatie/ICT-plan tevens gaan dienen als toetsingskader voor de activiteiten op het gebied van ICT voor zowel het Kwaliteitsinstituut i.o. als VWS.

Taakstelling
Bij het opstellen van uw begroting voor het jaar 2013 verzoek ik u gelet op de nijpende budgettaire situatie van de overheidsfinanciën zo terughoudend mogelijk te zijn met het aangaan van verplichtingen en ook binnen uw budget te bezien waar een verdere kostenbesparing mogelijk is.
Ik acht de kans groot dat het kabinet besluit tot nieuwe taakstellingen op de VWS-begroting. Hiermee wordt eventuele ruimte om financiële knelpunten op te lossen verder beperkt. Bovendien is niet uit te sluiten dat deze taakstellingen ook uw beheerskostenbudget gaan raken.

Europese aanbestedingsregels
De Rijksauditdienst van het Ministerie van Financiën heeft expliciet aandacht gevraagd voor Europese aanbestedingsrichtlijnen. Deze additionele voorwaarden zullen door de externe accountant betrokken worden in de accountantscontrole. Ik verzoek u hieraan aandacht te besteden.

Transitiemodel salariskosten
Op 28 juni jl. heb ik per mail van het CVZ een voorstel ontvangen met betrekking tot het transitiemodel van salariskosten. VWS wil in het eerstkomende periodieke overleg DGLZ-CVZ (van 9 augustus 2012) overeenstemming bereiken over het transitiemodel, zodat u het transitiemodel in 2013 kunt invoeren en de personele kosten van nieuwe uitvoeringstaken op basis van dit transitiemodel kunt berekenen.

Liquiditeitsbehoefte
Ik verzoek u in uw begroting een overzicht te maken van de maandelijkse liquiditeitsbehoefte. Op basis van dit overzicht kan ik het CVZ in 2013 bevoorschotten.

Directoraat Generaal Langdurige Zorg
Directie Zorgverzekeringen

Kenmerk
Z-3113425

Financieel kader 2013-2016
In onderstaande tabel zijn de indicatieve bedragen (x € 1.000) vermeld voor de jaren 2013 tot en met 2016. Aan deze tabel kunnen geen rechten worden ontleend.

Reguliere bijdrage	2013	2014	2015	2016
Structureel	41.535	41.535	41.535	41.535
Efficiencykorting	-1.454	-1.454	-1.454	-1.454
Verlaging onderzoeksbudget	-2.000	-2.000	-2.000	-2.000
Sectie Zorgberoepen en opleidingen	1000	1000	1000	p.m.
Kwaliteitsinstituut*	7.555	7.555	7.555	7.555
Totaal structureel	**46.636**	**46.636**	**46.636**	**45.636**
POU: intertemp. Comp. 2010-2014	-200	-200		
Illegalen en onverz. vreemdelingen	p.m.			
Wanbetalers	p.m.			
Onverzekerden	p.m.			
AZR: tactisch beheer	2.000			
Totaal incidenteel	**1.800**	**-200**		
Totaal	**48.436**	**46.436**	**46.636**	**45.636**

** Het betreft de onderdelen Kiesbeter, Zichtbare Zorg, Regieraad en Centrum Klantervaring Zorg. Hoogte bedrag 2013 is afhankelijk van datum inwerking treden wet en 'overgang' kosten, kan daarom lager uitvallen.*

De onderwerpen uit deze aandachtspuntenbrief en de onderwerpen die het CVZ/het Kwaliteitsinstituut i.o. uit eigen initiatief wenst op te pakken dienen gefinancierd te worden binnen het bovenstaande financiële kader.

Mocht u naar aanleiding van deze brief nog vragen hebben, dan is mevrouw mr. M.C.Y. Jorritsma-Vorderman (accounthouder CVZ) uw eerste aanspreekpunt. Ik wens u veel succes met het opstellen van uw jaarplan en begroting voor het jaar 2013.

Met vriendelijke groet,
de minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,
namens deze,
de directeur-generaal Langdurige Zorg,

drs. M.J. Boereboom